

Quand la tête est coupée du corps

**Etude du phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit
chez les personnes souffrant d'anorexie mentale**

Travail de Bachelor

Aurélia Merçay
N° matricule 98807035

Directrice : Pauline Roos – Infirmière HES, MScSI

Membre du jury externe : Ariane Kapps – Infirmière clinicienne en santé mentale, MScSI

Genève, le 10 juillet 2014

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 10 juillet 2014.

Aurélia Merçay

Résumé

Plusieurs études soulignent l'importance des perturbations dans la relation sensible au corps et, plus globalement, l'existence d'un sentiment de déconnexion entre le corps et l'esprit chez les personnes souffrant d'anorexie mentale. Ce phénomène, de par l'héritage dualiste sur lequel s'appuie la médecine occidentale, reste peu pris en compte dans les soins. Le but de ce travail est de développer une meilleure compréhension de la relation qu'entretient la personne souffrant d'anorexie mentale avec son propre corps. Il s'agit, en particulier, de décrire son expérience corporelle, d'étudier la relation entre anorexie mentale et dissociation et d'investiguer les conséquences du phénomène de déconnexion sur la personne.

Cette revue de littérature se base sur 17 articles de recherche identifiés au moyen des bases de données PubMed, CINAHL, PsycINFO et Cairn.info et du moteur de recherche Google Scholar. Ces recherches mettent en évidence une expérience corporelle et des caractéristiques physiques spécifiques aux personnes souffrant d'anorexie mentale. Par ailleurs, une corrélation entre cette pathologie et l'expérience dissociative a été mise en lumière. Bien que de plus amples études soient encore requises, le sentiment de déconnexion entre le corps et l'esprit semble être associé à un vécu négatif et présenter des conséquences non négligeables sur la qualité de vie.

Le cadre conceptuel du *Human caring* de Jean Watson permet d'étayer la réflexion et offre des pistes pour la prise en soins infirmière. Des recommandations pour la pratique clinique ainsi que des pistes pour de futures recherches en sciences infirmières sont énoncées à la fin de ce travail.

Mots-clés : Anorexie mentale – Connexion au corps – Conscience corporelle – Dissociation – Human caring – Watson

Key words : Anorexia nervosa – Body connection – Body awareness – Dissociation – Human caring – Watson

Remerciements

A Madame Pauline Roos, directrice de ce travail de Bachelor, pour son accompagnement, ses encouragements et ses précieux conseils tout au long de la réalisation de ce travail.

A Madame Ariane Kapps, membre du jury externe, pour le temps consacré à l'évaluation de ce travail.

Aux bibliothécaires de la Haute école de santé de Genève pour leur disponibilité et leur aide précieuse dans le processus de recherche documentaire.

A David et à mes amies pour leur soutien sans faille.

Table des matières

Résumé	3
Remerciements.....	3
Liste des abréviations	6
1. Introduction.....	7
2. Problématique	10
2.1. <i>Données épidémiologiques de l'anorexie mentale</i>	10
2.2. <i>Le phénomène de déconnexion chez les personnes souffrant d'anorexie mentale</i>	11
2.3. <i>Conséquences</i>	12
2.4. <i>Pertinence</i>	13
2.5. <i>But et questions de recherche</i>	15
3. Recension des écrits	16
3.1. <i>Stratégie de recherche documentaire</i>	16
3.2. <i>Pathologies en jeu</i>	18
3.3. <i>Définition des concepts associés</i>	22
3.4. <i>Expérience corporelle des personnes souffrant d'anorexie mentale</i>	26
3.5. <i>Caractéristiques corporelles des personnes souffrant d'anorexie mentale</i>	27
3.6. <i>Altération de la conscience intéroceptive et anorexie mentale</i>	30
3.7. <i>Phénomène de dissociation et anorexie mentale</i>	33
3.8. <i>Pleine conscience et anorexie mentale</i>	36
3.9. <i>Discussion des résultats</i>	38
4. Cadre conceptuel.....	44
4.1. <i>Racines du dualisme corps et esprit dans les soins</i>	44
4.2. <i>Philosophie du Human caring de Jean Watson</i>	45
4.3. <i>Les soins infirmiers et le phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit</i> .	50
5. Recommandations pour la pratique et pour la recherche	53
5.1. <i>Recommandations pour la pratique</i>	53
5.2. <i>Recommandations pour la recherche</i>	55
6. Conclusion.....	56

7.	Références	58
8.	Annexes	i
8.1.	<i>Démarche méthodologique détaillée</i>	i
8.2.	<i>Grille de lecture de Fortin et Gagnon (2010)</i>	vii
8.3.	<i>Résumé des articles de recherche</i>	ix
8.4.	<i>Critères CIM-10 de l'anorexie mentale F50.0</i>	xxi
8.5.	<i>Critères DSM-V de l'anorexie mentale</i>	xxii
8.6.	<i>Critères DSM-V du syndrome de dépersonnalisation / déréalisation</i>	xxii

Liste des abréviations

AM	Anorexie Mentale
AN	Anorexia Nervosa (terminologie anglaise)
BMI	Body Mass Index (terminologie anglaise)
CIM	Classification Internationale des Maladies
DES	Dissociation Experiences Scale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
EDNOS	Eating Disorder Not Otherwise Specified (terminologie anglaise)
FEDNEC	Feeding or Eating Disorders Not Elsewhere Classified (terminologie anglaise)
IMC	Indice de Masse Corporelle
SAN	Subthreshold Anorexia Nervosa (terminologie anglaise)
SDQ-20	Somatoform Dissociation Questionnaire (terminologie anglaise)
TCA	Trouble du Comportement Alimentaire

Mens sana in corpore sano.

Juvénal, Satire X, ligne 356.

1. Introduction

Ce travail de recherche se penche sur le phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit et, en particulier, sur le sentiment d'être déconnecté de son propre corps vécu par les personnes souffrant d'anorexie mentale.

La relation au corps, la prise de poids et la perte de poids sont devenues des préoccupations centrales de l'homme moderne. L'obésité, de par son explosion au niveau mondial, se retrouve à l'avant-poste des problèmes de santé publique et constitue l'un des facteurs les plus importants de mauvaise santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2003). Or, parallèlement à cet état de fait, l'obsession de notre société occidentale pour la minceur et la « chasse à la graisse » – dans un but esthétique ou par intérêt pour sa santé – prend une place de plus en plus importante et se révèle potentiellement génératrice d'une profonde souffrance lorsque cette préoccupation devient pathologique.

Dans un contexte socioculturel où beauté et réussite sociale sont assimilées à la minceur et au contrôle de soi, où tout corps non conforme à l'image idéale est rejeté, les conditions semblent favorables au développement de problématiques telles que l'obésité, l'anorexie mentale, la boulimie et les pathologies intermédiaires fondées sur « la défaillance chronique d'un bien-être corporel et alimentaire » (Durif-Bruckert, 2003, p. 90).

Au centre de la question réside le conflit que vivent un grand nombre de personnes, dont une majorité de femmes jeunes, avec leur corps. Un corps que l'on veut contrôler, parfois d'une manière tyrannique. Un corps qui, comparé à des images de perfection, renvoie insatisfaction et dégoût. Un corps qui n'est plus ressenti ni écouté. Un corps désinvesti. Un corps déconnecté.

Loin d'être marginaux dans la société en général, les perturbations dans le ressenti des sensations corporelles et, plus globalement, le sentiment de déconnexion entre le corps et l'esprit – aussi appelé phénomène de dissociation – apparaissent comme des éléments centraux vécus de façon particulièrement intense chez les personnes souffrant d'anorexie mentale (Bruch, 1962, p. 189 ; Pollatos et al., 2008, p. 382 ; Spoor, Bekker, Van Heck, Croon, & Van Strien, 2005, p. 479).

Or, la capacité à être en contact avec son corps, à ressentir et interpréter ses signaux ainsi que le fait d'intégrer son corps comme le sien sont à mettre en lien avec la façon dont les personnes sont connectées à leur propre vécu émotionnel. En particulier, l'habilité à percevoir ses sensations corporelles avec un haut degré de sensibilité est associée à une prise de conscience et un vécu plus intense des émotions (Damasio, 2002 ; Pollatos et al., 2008). Par ailleurs, la connexion à son propre corps se révèle être un élément fondamental pour une expérience plus positive de son corps et de soi-même ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie (Meurle-Hallberg, 2005).

Malgré ces constatations, les approches visant à réduire le clivage entre corps et esprit restent marginales à l'heure actuelle dans les programmes thérapeutiques adressés aux personnes souffrant d'anorexie mentale. Émergeant du modèle dualiste de séparation du corps et de l'esprit, la pratique médicale s'appuie historiquement sur une vision du corps fragmentée et réifiée qui ne saurait être sans incidence sur notre façon de soigner. Ainsi, tout comme la médecine somatique tend parfois à négliger la réalité psychique de l'individu, le corps fait souvent figure d'absent en psychiatrie. Cette constatation est d'autant plus paradoxale dans le contexte de l'anorexie mentale, maladie psychiatrique centrée sur le corps et donc à l'interface entre soma et psyché.

Bien que peu abordée dans la littérature infirmière, la question de la connexion entre corps et esprit est fondamentale en ce qu'elle nous renvoie à la conception-même que l'on a de l'être humain et de la place que nous lui accordons dans les soins. De par la relation privilégiée qu'elle entretient avec le patient et ses rôles de « généraliste » et de « leader de l'équipe de santé interdisciplinaire » faisant le lien entre les différents intervenants du projet de soin, l'infirmière¹ joue un rôle fondamental dans le maintien de l'unité de la personne.

¹ Remarque terminologique : le terme « infirmière » s'applique également au sexe masculin.

En portant une attention particulière au corps et au rapport que la personne souffrant d'anorexie mentale entretient avec ce dernier, l'infirmière veille à dépasser la dichotomie entre soma et psyché et permet l'ouverture à de nouvelles approches thérapeutiques.

Le travail de réinvestissement du corps, expérience délicate pouvant se révéler agréable comme effrayante, trouve une pertinence par le fait qu'il permet au sujet de développer sa capacité à être à l'écoute de ses sensations, de ses émotions et, de façon plus large, de ses besoins. Il offre aux personnes souffrant d'anorexie mentale la possibilité de prendre conscience de leur corps, de leurs tensions internes et de leur vécu émotionnel, de retrouver un sentiment d'un corps qui leur appartient et, peut-être, de faire apparaître des ressources insoupçonnées jusqu'alors.

Ce travail est structuré en cinq chapitres principaux : le premier chapitre décrit la problématique – c'est-à-dire la manière selon laquelle le phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit s'exprime chez les personnes souffrant d'anorexie mentale – et présente les données épidémiologiques en lien avec cette problématique, les conséquences, la pertinence de cette recherche, le but et les questions de recherche. Le deuxième chapitre expose la recension des écrits centrés sur la description du phénomène de déconnexion au corps dans le contexte de l'anorexie mentale et les conséquences de cette déconnexion pour la personne. Le chapitre suivant reprend le concept de dualisme corps-esprit à la base du développement des sciences médicales et décrit son influence sur notre façon de soigner. Ce même chapitre offre également un nouvel éclairage sur la problématique par sa reformulation sous l'angle de la philosophie du *Human caring* de Jean Watson. Le quatrième chapitre propose des recommandations pour la pratique clinique ainsi que des pistes pour de futurs travaux de recherche. Finalement, la conclusion revient sur les principaux constats et implications soulevés par ce travail, reconnaît les limites inhérentes à cet écrit et ouvre sur de nouvelles perspectives.

2. Problématique

2.1. Données épidémiologiques de l'anorexie mentale

Les cas d'anorexie mentale répondant strictement aux critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM, American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2013), bien que rares dans la population générale, sont relativement fréquents chez les adolescentes et chez les jeunes femmes.

Selon une enquête transversale réalisée aux Etats-Unis au moyen d'entretiens face-à-face ($N = 9'282$), le taux de prévalence de l'anorexie mentale au cours de la vie atteindrait 0.9 % chez les femmes et 0.3 % chez les hommes (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). Une enquête transversale réalisée au moyen d'entretiens téléphoniques et visant à évaluer les troubles du comportement alimentaire auprès de la population Suisse ($N = 10'038$) suggère un taux de prévalence au cours de la vie de 1.2 % chez les femmes et 0.2 % chez les hommes, des résultats comparables à ceux retrouvés dans les pays industrialisés (Schnyder, Milos, Mohler-Kuo, & Dermota, 2012). Ainsi, en se basant sur les registres de la population pour l'année 2012² et les taux de prévalence obtenus par Schnyder et al. (2012), environ 50'000 femmes et 8'000 hommes souffriraient d'anorexie mentale une fois dans leur vie en Suisse ; à Genève, 2'900 femmes et 450 hommes expérimenteraient cette maladie au moins une fois dans leur vie.

Ces études confirment que l'anorexie mentale est un trouble qui touche en majorité les femmes et corroborent les résultats faisant état d'une proportion d'hommes souffrant d'anorexie mentale s'élevant à 10-15 % (Garfinkel et al., 1996 ; Hoek & van Hoeken, 2003). Par ailleurs, l'anorexie mentale touche principalement les adolescentes et les jeunes femmes. Le taux d'incidence de l'anorexie mentale, évalué à 15.0 pour 100'000 par année chez les femmes de tout âge, atteindrait 56.7 pour 100'000 par année pour les jeunes femmes entre 15 à 19 ans (Lucas, Crowson, O'Fallon, & Melton, 1999).

² Calculs effectués en se basant sur une population de 4'070'536 femmes et de 3'968'524 hommes résidant en Suisse de nationalité Suisse et étrangère et sur une population de 239'364 femmes et de 223'737 hommes résidant à Genève de nationalité Suisse et étrangère (OFS, 2013).

Si la question d'une « épidémie anorexique » reste controversée dans le monde scientifique, il semblerait que le taux d'incidence de l'anorexie mentale ait régulièrement augmenté en Europe au cours du 20^{ème} siècle jusque dans les années septante – particulièrement pour la classe d'âge des 15 à 24 ans – puis se soit stabilisé depuis lors (Hoek & van Hoeken, 2003 ; Jones, Fox, Babigian, & Hutton, 1980).

2.2. Le phénomène de déconnexion chez les personnes souffrant d'anorexie mentale

L'altération de la relation entre le corps et l'esprit chez les personnes souffrant d'anorexie mentale est principalement explorée sous l'angle du diagnostic médical de « troubles dissociatifs ». La relation entre les troubles du comportement alimentaire et les troubles dissociatifs fait l'objet de peu d'études à ce jour. Les résultats obtenus par les rares recherches réalisées sur le sujet suggèrent toutefois des troubles dissociatifs significativement plus élevés chez les personnes souffrant d'anorexie mentale que dans le reste de la population (Demitrack, Putnam, Brewerton, Brandt, & Gold, 1990 ; Espirito-Santo, Gonçalves, Marques, Rocha, & Cassimo, 2013 ; Schumaker, Warren, Schreiber, & Jackson, 1994 ; Waller & Ross, 1997).

Le phénomène de dissociation reste peu abordé dans la littérature infirmière. Rares sont les travaux relatifs à la discipline explorant les notions de « connexion » au corps, de « dissociation corporelle » ou, plus globalement, de « conscience du corps ». Déroutant à ce constat, Cynthia Price, docteure en sciences infirmières américaine, souligne l'importance des phénomènes de dissociation et d'altération de la conscience du corps dans la population générale. Ces phénomènes, rapporte-elle, sont fréquents chez les personnes souffrant de douleurs chroniques, celles ayant subi des traumatismes psychologiques ou physiques et celles présentant des troubles du comportement alimentaire (Price & Thompson, 2007).

2.3. Conséquences

Conséquences du phénomène de déconnexion sur la personne souffrant d'anorexie mentale

Le manque de données sur l'impact du phénomène de dissociation corporel sur la qualité de vie et le bien-être des personnes souffrant d'anorexie mentale rend délicate toute conclusion. Cependant, les témoignages de personnes vivant cette expérience étayés par l'expérience clinique de professionnels de la santé laissent à penser que cette problématique est associée à un vécu négatif et exerce de ce fait un impact non négligeable sur la qualité de vie.

Thörnborg et Mattsson (2010) identifient des caractéristiques corporelles telles qu'une retenue au niveau respiratoire ainsi que des restrictions au niveau des mouvements du corps spécifiques aux personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire. Ces caractéristiques, soulignent-elles, présentent une influence sur plusieurs aspects de la qualité de vie, dont la santé mentale et l'image de soi. D'autre part, Demitrack et al. (1990) mettent en lien le degré de sévérité de l'expérience dissociative avec la propension à l'auto-mutilation et aux comportements suicidaires dans le contexte des troubles du comportement alimentaire.

Outre son impact sur la qualité de vie, l'altération de la conscience corporelle semble présenter des conséquences sur la capacité d'accès au vécu émotionnel (Damasio, 2002; Kolnes, 2012). Or, l'accès au monde émotionnel permet de prendre conscience de ses affects – plaisir, souffrance, angoisse – et ouvre ainsi la voie au processus de représentation nécessaire à l'élaboration du sens de notre existence. Sans recours à l'élaboration interprétative, le sujet devient « captif des contextes dont l'émotion est la seule réponse possible » et subit corporellement ces situations, « du simple malaise aux états dépressifs ainsi qu'aux somatisations diverses » (Boula, 2012).

Par ailleurs, le corps constitue l'interface entre soi et le monde extérieur. De ce fait, l'expérience quotidienne qu'une personne fait de son propre corps présente un impact non seulement sur son propre vécu mais également sur toute sa vie relationnelle, que ce soit dans son rapport aux autres ou au monde. Il semble légitime de se questionner sur la capacité de la personne souffrant d'anorexie mentale à se relier aux autres et au monde extérieur alors qu'elle-même ne se sent pas connectée à son propre corps.

Conséquences pour la prise en soins

La question du conflit dans la relation au corps se trouve au cœur de la problématique de l'anorexie mentale. Or, l'objectif absolu de « négation du corps » se traduit souvent par un évitement du corps dans la relation thérapeutique, comme si les personnes souffrant d'anorexie mentale recréaient chez les soignants la dichotomie entre soma et psyché qu'elles vivaient intérieurement (Henniaux, 2009 ; Vincent, 2002).

Ce phénomène est potentialisé par le fait que les soignants eux-mêmes, influencés par une culture médicale basée sur une approche dualiste, tendent à cloisonner corps et esprit dans des espaces distincts. Le fonctionnement dualiste semble culminer en une forme de tabou du corps en psychiatrie, tabou s'accompagnant chez les soignants d'une phobie du contact corporel plus ou moins importante et souvent non reconnue par ces-derniers (Delion, 2009). Dans ce contexte, le risque semble grand de tenir à distance le corps dans la prise en soin des personnes souffrant d'anorexie mentale.

2.4. Pertinence

Si la question du corps est centrale aux soins infirmiers, elle reste étonnamment en marge des écrits. En effet, lorsque des recherches infirmières abordent le corps, elles tendent à le faire sous un angle « technique » ou « physiologique », négligeant des aspects plus existentiels tels que la relation qu'entretient la personne avec son propre corps. A ce jour, aucune étude en soins infirmiers ne décrit spécifiquement le sentiment de déconnexion par rapport au corps vécu par les personnes souffrant d'anorexie mentale³.

Alors que la question du corps « représenté » fait l'objet de nombreuses études, relativement peu d'écrits abordent la dimension sensible de la relation au corps (Duprat, 2009, p. 28). La problématique de la connexion au corps, évoquée dans divers domaines tels que la psychiatrie, les neurosciences ou la psychomotricité, reste peu étudiée dans la discipline infirmière. Les écrits sur le sujet se retrouvent essentiellement dans le contexte des thérapies complémentaires, se concentrant sur la description d'approches alternatives et de leurs effets sur la personne.

³ Les recherches infirmières en lien avec l'anorexie mentale se focalisent essentiellement sur la relation thérapeutique, la détection de la maladie, les interventions infirmières spécifiques à la prise en soins de cette population ainsi que sur les conséquences somatiques de la maladie.

Ce travail constitue ainsi une sorte de retour à un niveau plus fondamental de compréhension – la description et l'explication du phénomène de fracture entre corps et esprit vécu par les personnes souffrant d'anorexie mentale – permettant de développer un savoir nécessaire pour justifier de manière formelle le recours à de nouvelles approches thérapeutiques dont l'intérêt reste souvent questionné.

La problématique de déconnexion entre le corps et l'esprit chez les personnes souffrant d'anorexie mentale, de par le fait qu'elle touche à deux sphères de l'individu souvent étudiées de façon indépendante, se situe au carrefour de multiples disciplines et appelle à une nécessaire interdisciplinarité. Or, l'évolution de la profession infirmière se caractérise par le développement de compétences propres au rôle de leader de l'équipe de santé interdisciplinaire. Ce rôle habilite l'infirmière « à établir des relations au sein de l'équipe de soins et avec les autres disciplines ... pour optimiser la qualité des services de soins offerts, et à négocier les domaines de chevauchement pour mettre en commun un plan de soins » (Azar, 2007, p. 7). Dans ce contexte, la problématique de déconnexion entre le corps et l'esprit, par le fait qu'elle nécessite une approche de leadership interdisciplinaire, se révèle d'une pertinence particulière pour la profession infirmière.

Ce travail vise par ailleurs à insérer cette problématique dans la discipline infirmière, afin d'offrir un regard nouveau sur un phénomène jusqu'alors uniquement abordé sous l'angle d'autres disciplines. Cet écrit souligne, par la même, l'apport spécifique des soins infirmiers à la compréhension et à la prise en soin de cette problématique.

Le manque de données rend difficile la mesure de l'ampleur du phénomène de déconnexion entre corps et esprit chez les personnes souffrant d'anorexie mentale. Cependant, les études citées plus haut laissent à penser que ce phénomène n'est pas rare. De plus, de par notre héritage dualiste, il semble légitime de supposer que le sentiment que peut vivre une personne d'être déconnectée de son propre corps n'est encore peu – voire pas – pris en compte dans les soins. Ce travail tente ainsi de lever une partie du voile sur un phénomène encore largement ignoré.

2.5. But et questions de recherche

But de ce travail

Le but général de ce travail est de développer une meilleure compréhension de la relation qu'entretient la personne souffrant d'anorexie mentale avec son propre corps.

Questions de recherche

L'élaboration des questions de recherche est réalisée au moyen de la méthode PICO⁴. Comme il s'agit ici d'étudier un phénomène de santé général, la question de recherche est spécifiée uniquement au moyen de P (population) et de O (outcome), sans préciser d'interventions ou de comparateur.

P-population	Personnes souffrant d'anorexie mentale, sans distinction d'âge, ni de sexe ⁵ .
O-outcome	Sentiment de déconnexion entre le corps et l'esprit

De la problématique développée dans ce chapitre découlent les questions de recherches suivantes :

1. Quelles sont les caractéristiques de l'expérience corporelle des personnes souffrant d'anorexie mentale ?
2. Existe-t-il une relation entre le phénomène de dissociation et la pathologie de l'anorexie mentale ?
3. Quelles sont les conséquences du phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit pour les personnes souffrant d'anorexie mentale ?

⁴ L'acronyme PICO signifie P pour la population étudiée, I pour l'intervention ou l'approche de soin, C pour la comparaison de l'intervention et O pour les résultats (ou « *outcome* ») de l'intervention.

⁵ Le choix ici est de garder ce champ le plus ouvert possible en raison du peu d'études publiées à ce jour sur cette problématique.

3. Recension des écrits

3.1. Stratégie de recherche documentaire

La recherche documentaire à la base de ce travail s'articule autour de plusieurs étapes successives : la formulation des questions de recherche, l'établissement des critères d'inclusion et d'exclusion, la recherche dans les bases de données, la sélection des écrits et la synthèse des articles retenus. La démarche méthodologique, décrite et argumentée en détails dans l'annexe 8.1 de ce travail, est présentée ci-dessous dans les grandes lignes.

Les critères d'inclusion et d'exclusion utilisés pour la sélection des articles sont détaillés dans le tableau 1. Parmi les bases de données consultées lors de la recherche documentaire figurent PubMed, CINAHL, PsycINFO, puis Cairn.info dans un deuxième temps. La recherche de littérature non commercialisée (thèses, mémoires, rapports, supports de cours) a quant à elle été réalisée au moyen du catalogue collectif RERO et du moteur de recherche Google Scholar. Le processus de recherche documentaire a fait l'objet de multiples adaptations en raison du peu d'articles portant sur la problématique étudiée dans ce travail. Le déroulement du processus, en particulier le choix des mots-clés, la modification de ces derniers et le cheminement à travers les bases de données est détaillé dans l'annexe 8.1.

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Anorexie mentale définie selon les critères DSM (sauf exception*) Dimension sensible de la relation au corps Conscience du corps Années de publication après 2000 (sauf exceptions**) Langue de publication : français ou anglais
Critères d'exclusion	Autres troubles du comportement alimentaire Dimension représentative de la relation au corps Années de publication avant 2000 (sauf exceptions**) Langues de publication autres que le français ou l'anglais
<p>* L'article (C) (Price & Thompson, 2007) constitue l'unique article ne portant pas spécifiquement sur la problématique de l'anorexie mentale. Cependant, de par son intérêt fondamental par rapport au phénomène de « connexion/déconnexion au corps » et du fait qu'il s'agit de l'unique article spécifique aux soins infirmiers, ce dernier a été conservé.</p> <p>** Quatre articles publiés avant 2000 (Demitrack et al., 1993, 1990 ; Garfinkel, Moldofsky, Garner, Stancer, & Coscina, 1978 ; Schumaker et al., 1994) ont été conservés. Cités dans de nombreux articles ultérieurs, ils constituent des documents de référence sur la problématique.</p>	

Les articles retenus ont fait l'objet d'une lecture critique portant en particulier sur les exigences d'objectivité, de précision et de rigueur méthodologique, sur la reconnaissance des biais et de leurs conséquences possibles sur les résultats obtenus et sur le respect des normes éthiques et déontologiques en vigueur. Ces différents aspects ont fait l'objet d'une évaluation systématique au moyen de la grille de lecture développée par Fortin et Gagnon (2010) et présentée dans l'annexe 8.2.

Au final, 17 articles ont été retenus. Tous, à l'exception de l'article de Price et Thompson (2007), sont issus de disciplines autres que la discipline infirmière (psychologie, psychiatrie, sciences sociales et comportementales, neurosciences et physiothérapie). Parmi les articles sélectionnés, plusieurs études quantitatives (N = 4) et qualitatives (N = 1) portent sur l'expérience corporelle des personnes souffrant d'anorexie mentale. Les troubles de la connexion entre corps et esprit dans le contexte de l'anorexie mentale font l'objet de neuf articles quantitatifs, portant en particulier sur l'altération de la perception des sensations de faim et satiété (N = 1), le phénomène de dissociation (N = 5), l'altération de la conscience intéroceptive (N = 2) et la perturbation de conscience du corps (N = 2). Le reste des articles étudient la pertinence de l'abord corporel dans la prise en soin de l'anorexie mentale (N = 3 ; 2 études qualitatives, 1 revue systématique de la littérature).

Les recherches à travers les bases de données ont également permis d'identifier, outre les études citées ci-dessus, une multitude d'articles qui ont contribué à éclaircir l'ampleur du phénomène par des données épidémiologiques, identifier et définir les concepts clés décrits dans ce travail, développer la compréhension de la problématique étudiée et étayer la discussion. A ceci s'ajoutent de nombreux ouvrages considérés comme des références dans le domaine de l'anorexie mentale et de la relation au corps.

3.2. Pathologies en jeu

L'anorexie mentale

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire dont l'origine est complexe et multifactorielle. A ce jour, l'étiologie de la maladie n'est pas entièrement comprise. Les recherches récentes suggèrent qu'un ensemble de facteurs – génétiques, biologiques, comportementaux, psychologiques et socioculturels – interviennent dans la prédisposition, le déclenchement et/ou le maintien de l'anorexie mentale (National Institute of Mental Health, 2014 ; Steinhausen, 2002).

Le DSM-V distingue quatre catégories de troubles du comportement alimentaire en fonction de leurs symptomatiques : l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie boulimique ou « *binge-eating disorder* » et les troubles des conduites alimentaires non classés ailleurs (« *Feeding or Eating Disorders Not Elsewhere Classified* » ou FEDNEC).

L'anorexie mentale est définie par trois caractéristiques diagnostiques essentielles⁶ : une restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins menant à un poids corporel *significativement bas*⁷ pour l'âge, le sexe, la trajectoire développementale et la santé physique ; une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros ou un comportement persistant qui interfère avec la prise de poids, même à un poids corporel significativement bas ; une altération de l'expérience et de la perception du poids et de la forme de son propre corps avec influence sur l'estime de soi et déni de la gravité de la maigreur actuelle. Les critères diagnostiques détaillés figurent dans les annexes 8.4 et 8.5 de ce travail.

⁶ Les caractéristiques spécifiées par le DSM-V diffèrent de celles avancées dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2000) par le fait que la terminologie « refus de maintenir un poids corporel minimum normal » a été supprimée, qu'il n'est plus spécifié de seuil quantitatif de déficit pondéral et que le critère d'aménorrhée, difficilement applicable aux jeunes filles avant leurs 1^{ères} règles, aux femmes sous contraceptifs ou post-ménopause et aux hommes, a disparu.

⁷ Un poids corporel significativement bas se définit par un poids qui est inférieur à la norme minimale, ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.

Le DSM-V distingue deux types d'anorexie mentale : le type restrictif pur, dans lequel la personne n'a pas présenté d'épisodes récurrents de crises de boulimie ou de comportement de purge alimentaire (vomissements volontaires, abus de laxatifs, de diurétiques et/ou de lavements) durant les trois derniers mois et le type avec des crises de boulimie – ou anorexie « *binge & purge* » – associées ou non à des comportements purgatifs durant les trois derniers mois.

Les études portant sur l'issue à long terme de la maladie suggèrent qu'environ 50 % des patients atteints d'anorexie mentale guérissent, 21 à 33 % présentent une amélioration et 20 à 26 % évoluent de façon défavorable (Zipfel, Löwe, Reas, Deter, & Herzog, 2000). Une méta-analyse portant sur 152 études publiées entre 1966 et 1995 indique que l'anorexie mentale présente le taux de mortalité le plus élevé de tous les diagnostics psychiatriques (Harris & Barraclough, 1998). Il est estimé que 10 % des personnes souffrant d'anorexie mentale décèdent par suicide, suite à une infection ou des effets liés à une dénutrition chronique dans les 10 ans suivant le diagnostic de la maladie (Sullivan, 2002). D'autre part, le taux de mortalité associé à l'anorexie mentale serait 12 fois supérieur au taux de mortalité associé à toutes les autres causes de décès chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans (Sullivan, 1995). Finalement, les personnes souffrant de trouble du comportement alimentaire présenteraient significativement plus de problèmes psychiques associés – dépression, troubles anxieux, troubles de la personnalité et problématiques addictives (Beghard et al., 2011) – ainsi qu'une qualité de vie réduite (Schnyder et al., 2012).

Alors que l'anorexie mentale telle qu'elle est strictement définie par le DSM-V n'affecte qu'une fine frange de la population, les formes sub-syndromiques⁸ de la maladie semblent beaucoup plus répandues et toucheraient 3.7 % des femmes (Walters & Kendler, 1995). Par ailleurs, nombreux sont ceux qui présentent des comportements de restriction considérés banals (régimes, exercice physique) et pouvant évoluer, chez certains, vers une forme pathologique. Une étude transversale réalisée en Suisse au moyen d'un questionnaire et portant sur un échantillon d'adolescents âgés de 16 à 20 ans ($N = 7'420$) suggère que 60 % des filles et 40 % des garçons sont insatisfaits de leur poids, 70 % des filles et 50 % des garçons souhaitent maigrir et 20 % des filles admettent que cette idée les préoccupe en permanence (Narring et al., 2004).

⁸ Absence d'au moins un critère diagnostique (CIM-10 et DSM-IV-TR).

Selon la dernière Enquête Suisse sur la Santé ($N = 21'597$), 37 % des femmes et 29 % des hommes interrogés ne sont pas satisfaits de leur poids (Office fédéral de la statistique, 2007). Par ailleurs, selon cette même étude, près de 30 % des femmes ayant un poids normal – 13 % des hommes – et 6 % de celles présentant une insuffisance pondérale – 1.5 % des hommes – souhaitent maigrir.

Dans ce contexte, il est intéressant de noter que la détresse, la psychopathologie ainsi que les troubles associés aux formes sub-syndromiques de l'anorexie mentale seraient identiques à ceux retrouvés dans sa forme stricte (Crow, Stewart Agras, Halmi, Mitchell, & Kraemer, 2002 ; McIntosh et al., 2004). Il est également important de relever que les formes mixtes mêlant les signes cliniques de l'anorexie mentale et de la boulimie sont estimées à 60 % et constituent donc la large majorité des troubles du comportement alimentaire (Fairburn et al., 2007).

Les troubles dissociatifs

Spiegel et al. (2011) définissent le phénomène de « dissociation » comme une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration subjective normale d'un ou plusieurs aspects du fonctionnement psychologique, y compris – mais sans s'y limiter – la mémoire, l'identité, la conscience, la perception et le contrôle moteur (traduction libre, p. 826). Ainsi, souvenirs, représentations, perceptions, fonctions organiques (vue, ouïe, faim), mouvements et émotions peuvent être dissociés du reste de la personnalité.

Selon le DSM-V, les troubles dissociatifs regroupent cinq syndromes : le trouble dissociatif de l'identité, l'amnésie dissociative avec ou sans fugue dissociative, le trouble de dépersonnalisation/déréalisation⁹, l'autre trouble dissociatif spécifié et l'autre trouble dissociatif non spécifié¹⁰. C'est le syndrome de dépersonnalisation, phénomène clinique désignant un trouble de la conscience de soi, qui retient notre attention ici.

⁹ Le syndrome de dépersonnalisation est combiné dans le DSM-V au syndrome de déréalisation désignant une altération de la perception du monde extérieur caractérisée par un sentiment d'irréalité ou de détachement par rapport à son environnement.

¹⁰ En anglais, « *not otherwise specified* » ou NOS.

La dépersonnalisation se caractérise par des expériences d'irréalité, de détachement ou d'étrangeté par rapport à ses propres pensées, sentiments, sensations, actions ou par rapport à son propre corps. Ainsi, une partie ou la totalité du corps peut être perçue comme « détachée et parfois modifiée dans ses dimensions, son intégrité, sa densité ou sa forme » (Khazaal, Zimmermann, & Zullino, 2005, p. 102). A cette expérience s'associe un phénomène de diminution du vécu émotionnel, lui-même accompagné d'un « sentiment pénible » et d'un « vécu angoissant » (Khazaal et al., 2005, p. 102). Bien que la personne éprouve la sensation d'être un observateur extérieur de son propre fonctionnement mental, de son propre corps ou de certaines parties de celui-ci, le principe de réalité n'est pas altéré. Par ailleurs, selon le DSM-V, ces troubles ne peuvent être imputés aux effets physiologiques d'une substance (médicament, drogue, alcool) ou d'une maladie.

Présent dans les troubles du comportement alimentaire, le syndrome de dépersonnalisation peut survenir dans le contexte d'autres troubles psychiatriques tels que la schizophrénie, la dépression, la phobie ou les troubles obsessionnels compulsifs (Organisation mondiale de la santé, 2009). Les expériences de dépersonnalisation apparaissent également dans le contexte de trouble de stress aigu (« *acute stress disorder* ») ou de syndrome de stress post-traumatique (« *post-traumatic stress disorder* »), suggérant une « valeur adaptative de ce syndrome (qui diminuerait l'implication émotionnelle et augmenterait la vigilance) et d'un hyperfonctionnement aboutissant à l'instauration d'un trouble » (Khazaal et al., 2005, p. 102).

Le phénomène de dissociation peut donc se manifester à deux niveaux : psychologique et physique. La dissociation dite « psychoforme » correspond à l'échec de l'intégration d'aspects du fonctionnement psychologique tels que la conscience, la mémoire, l'identité et la perception de l'environnement. La dissociation dite « somatoforme » consiste quant à elle à l'échec de l'intégration sensorielle et motrice (Espirito-Santo et al., 2013, traduction libre, p. 1).

3.3. Définition des concepts associés

La question du rapport au corps et de la relation entre le corps et l'esprit fait intervenir une multitude de concepts. Loin d'être anodin, le choix de privilégier un terme plutôt qu'un autre témoigne de la discipline dans laquelle s'ancre une recherche. Par ailleurs, un même terme peut renvoyer à des postulats théoriques différents selon l'époque ou selon la discipline (philosophie, neurologie, psychiatrie, psychologie) qui y fait référence.

La question de la relation au corps ne peut être abordée sans évoquer les concepts fondamentaux d'« image du corps » et de « schéma du corps ». Une fois ces notions définies, seront abordés les concepts plus spécifiques de « corps propre », de « connaissance du corps », de « connexion corps-esprit », de « conscience du corps » et de « dissociation corporelle ».

Image du corps (ou « *body image* »)

Utilisée dans le langage courant, l'expression « image du corps » prend des significations différentes suivant le champ scientifique dans lequel elle s'inscrit. Le terme « image » peut à la fois faire référence à la notion de « représentation » – au sens neurologique d'image mentale ou au sens psychologique de représentation conceptuelle ou psycho-affective – ou renvoyer à la notion d'« image visuelle » (Duprat, 2009, p. 47). En 1935, Schilder, neurologue et psychanalyste autrichien, est le premier à développer le concept d'image du corps qu'il décrit de la façon suivante :

L'image du corps humain c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes L'image du corps est un terme bien fait pour montrer qu'il y a ici autre chose que sensation pure et simple, et autre chose qu'imagination : un apparaître à soi-même du corps, terme qui indique aussi que bien que passant par les sens ce n'est pas là pure perception et bien que contenant des images mentales et des représentations ce n'est pas la pure représentation. (Schilder, 1968, p. 35)

Ainsi, selon Schilder, la notion d'image du corps associe à la fois une dimension représentationnelle (images mentales) et une dimension perceptive (sensations internes et externes). Repris en psychanalyse, le concept d'image du corps y trouve une définition différente, privilégiant la dimension représentationnelle – en particulier la

notion de fantasmes par rapport au corps – au détriment des perceptions physiques. Selon Bergson, l'accès à l'univers et à son propre corps n'est possible qu'à travers des représentations ; dans ce contexte, il définit l'image du corps comme « la représentation (et non pas l'auto-perception) que le sujet a de son corps » (André, Benavidès, & Canchy-Giromini, 2004, p. 20).

Bon nombre de chercheurs ont mis en lumière le problème de la multitude de définitions associées au concept d'image du corps dans les sciences humaines. C'est le cas du philosophe américain Gallagher qui, reprenant des résultats expérimentaux issus des neurosciences, de la phénoménologie et de la psychologie développementale, définit l'image du corps comme une combinaison complexe de perceptions, de représentations mentales, de croyances et d'attitudes affectives, à la fois conscientes et inconscientes, se rapportant au corps propre (Gallagher, 2005, p. 18).

Différentes études psychopathologiques place les perturbations de l'image du corps au cœur de la problématique anorexique. Bruch, en particulier, considère que le trouble fondamental de la pathologie anorexique serait un trouble de l'image du corps secondaire à des perturbations de la perception intéroceptive (Corcos, 2011, p. 16). Le concept de conscience intéroceptive sera développé par la suite dans ce travail.

Schéma du corps (ou « *body schema* »)

Historiquement, les notions d'image du corps et de schéma du corps ont souvent été utilisées de façon interchangeable. Gallagher souligne l'importance de les différencier et de les clarifier. Ainsi, il distingue l'image du corps – ou le fait de percevoir son propre corps, en avoir un concept et présenter une attitude émotionnelle envers lui – avec le concept de schéma du corps qui renvoie aux capacités sensori-motrices permettant de contrôler le mouvement et la posture (Gallagher, 2005, p. 24).

Selon le philosophe, le schéma corporel renvoie ainsi à une représentation non-consciente et automatique du corps car prendre conscience du moindre de nos mouvements serait un exercice extrêmement coûteux au niveau cognitif.

Corps-propre

Le terme de « corps-propre » est introduit par le philosophe allemand Husserl au début du 20^{ème} siècle. La spécificité de la langue allemande fait qu'il existe deux mots – *Körper* et *Leib* – pour désigner le corps. Cependant, ces deux termes présentent des significations différentes : *Körper* – ou « corps physique », « corps-objet », « corps que j'ai » – renvoie au corps anatomo-physiologique de l'homme. En revanche, *Leib* – ou « corps-propre », « corps sujet », « corps sensible », « corps que je suis » – met l'accent sur le corps vivant, lieu des sensations et des émotions (André et al., 2004, p. 29). Repris par le philosophe français Merleau-Ponty, le concept de « corps-propre » désigne le corps tel qu'on l'expérimente « du dedans », expérience subjective qui constitue notre porte d'accès aux choses, aux autres et au monde. Centré autour du vécu corporel, le concept de « corporéité » se rapporte à l'ensemble des phénomènes liés à l'expérience du corps-propre (André et al., 2004, p. 220).

Connaissance du corps

Introduit par Reinhardt, le concept de « connaissance du corps » est défini par ce dernier comme « une appropriation cognitive, motrice, affective du corps dans une relation humaine, sociale » (Bénavidès, 1997, p. 281). Cette notion fait donc référence à la façon dont le sujet fait siennes ses expériences corporelles et à la manière dont il s'approprie son corps.

Connexion entre le corps et l'esprit (ou « *mind-body connection* »)

Le terme de « connexion entre le corps et l'esprit » fait référence à la relation entre le soma et la psyché et est utilisé principalement en médecin intégrative, médecine dont la caractéristique est de combiner les approches conventionnelles aux approches complémentaires et alternatives. Ce courant est centré sur une prise en soin globale de la personne avec une focalisation sur la santé et le bien-être plutôt que sur la maladie (Pélissier-Simard & Xhignesse, 2008).

Le concept de connexion corps-esprit met en lumière l'existence d'un lien entre l'état corporel (somato-physique) et l'état mental (psycho-affectif) d'un individu. Les processus internes conscients qui sous-tendent ce phénomène sont désignés par le terme de « conscience psycho-physique » (ou « *psychophysical awareness* » en anglais). Cette notion se rapporte à la reconnaissance de l'expérience du corps et, en particulier, à l'accès aux stimuli physiques internes (Price & Thompson, 2007).

Conscience du corps (ou « *body awareness* »)

Le concept de « conscience du corps », ou la capacité à identifier et ressentir les sensations corporelles internes, joue un rôle fondamental dans la construction de la conscience psycho-physique (Price & Thompson, 2007). Bien que proche du concept d'image du corps développé plus haut, il se distingue de ce dernier par le fait que ne sont considérées que les sensations provenant de l'*intérieur* du corps et non celles émanant de stimuli extérieurs. Cette définition de la conscience du corps fait ainsi référence à la proprioception et à l'intéroception. La proprioception correspond à la perception des tensions musculaires, des mouvements, de la posture et de l'équilibre. L'intéroception se définit comme la perception des sensations internes telles que le rythme cardiaque, la respiration, la satiété et l'activité du système nerveux autonome en lien avec les émotions (Mehling et al., 2009, p. 2). La conscience du corps telle qu'elle est définie ici exclut l'extéroception, ou perception des sensations créées par les stimuli extérieurs.

Dans une optique de synthèse, Mehling et al. (2009) proposent d'intégrer différentes perspectives – médecine, sciences comportementales, psychologie, neurosciences, anthropologie, physiothérapie et approches corporelles – pour élaborer une définition interdisciplinaire du concept de conscience du corps. Celle-ci est alors définie comme la perception accessible à la conscience des états du corps, des processus et des actions provenant des afférences proprioceptives et intéroceptives. La conscience du corps comprend ainsi la perception de sensations physiques spécifiques, comme la position d'un membre ou les battements cardiaques, ainsi que la perception de syndromes complexes tels que la douleur, la sensation de détente ou les « marqueurs somatiques »¹¹ (traduction libre, p. 4).

¹¹ Formulée par le neurologue Antonio Damasio en 1985, l'hypothèse des « marqueurs somatiques » constitue le fondement de la théorie des émotions en neurosciences. Selon cette hypothèse, les mécanismes de prise de décision ne sont pas purement rationnels mais font intervenir des signaux provenant des centres émotionnels, de façon consciente ou inconsciente. Issus de notre mémoire émotionnelle, les marqueurs somatiques relient des réactions physiologiques à des événements antérieurs à forte valence émotionnelle. Ils jouent ainsi le rôle de filtres, limitant le champ des décisions.

Dissociation corporelle (ou « *bodily dissociation* »)

Le phénomène de dissociation corporelle se caractérise par le sentiment d'être séparé de son vécu corporel et est à mettre en lien avec la difficulté à prendre conscience de ses sensations internes (Price & Herting, 2013, p. 148). Ce type de manifestations ne se révèle pas forcément pathologique et inclut tout un pan d'expériences quotidiennes que l'on peut qualifier de normales lors desquelles l'attention d'un sujet n'est pas spécifiquement portée sur son vécu corporel. Le phénomène de dissociation corporelle peut toutefois se révéler pathologique lorsque la personne subit ce sentiment de dissociation. Il est alors accompagné, comme il sera vu par la suite, d'une multitude de conséquences pour la personne, conséquences parmi lesquelles figure le sentiment de déconnexion émotionnelle. Le phénomène de dissociation culmine dans les troubles dissociatifs, en particulier dans le syndrome de dépersonnalisation décrit plus haut.

3.4. Expérience corporelle des personnes souffrant d'anorexie mentale

Considérée comme une pionnière dans le domaine des troubles des comportements alimentaires et s'appuyant sur plusieurs dizaines d'années d'observations cliniques, la psychanalyste et psychiatre Hilde Bruch (1994) décrit en détails le phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit vécu par les personnes souffrant d'anorexie mentale ainsi que leur sentiment d'insatisfaction et de désespoir à ce sujet. Elle évoque en particulier l'impression ressentie « de ne pas « habiter » leur corps, comme si leur centre de gravité se trouvait situé à l'extérieur d'eux-mêmes » (p. 73).

Psychologue et anthropologue, Christine Durif-Bruckert (2003) met elle aussi en lumière le sentiment de déconnexion entre le corps et l'esprit vécu par les personnes souffrant d'anorexie mentale, phénomène qu'elle illustre par de multiples témoignages : « la tête est coupée du corps, moi je vois la tête et il y a le corps », « j'ai l'impression d'un corps inerte, ça bouge plus... Le temps est mort » (p. 87).

Le sentiment d'être partagé entre corps et psychisme apparaît également dans les témoignages recueillis par la psychiatre Emmanuelle Duprat (2009) dans le cadre d'une étude qualitative sur la relation au corps chez les personnes souffrant d'anorexie mentale. Une patiente y évoque en particulier « le problème de la fille coupée en deux... » (p. 371), « j'ai besoin de relier ma tête avec mon corps, de ne plus considérer

ce corps comme une entité à part, mais comme une partie intégrante de moi » (p. 372). Au-delà de la fracture entre corps et esprit, cette recherche met en lumière l'importance des troubles de l'image du corps chez les personnes souffrant d'anorexie mentale. Le corps y est évoqué en termes de rejet voire de déni : « je ne le vis pas, je m'y oppose, je le nie », « le carré interdit ! » (pour évoquer le ventre) (p. 369).

Duprat (2009) souligne par ailleurs le phénomène de carences sur le plan perceptif : « je vois mon corps comme quelque chose de très superficiel et qui ne fait pas partie de ma personne en fait », « c'est presque comme s'il existait pas », « je me cogne et je tombe souvent » (p. 369).

Le phénomène de défaut d'habitation du corps chez les personnes souffrant d'anorexie mentale est également évoqué par le psychiatre Jean-Philippe Guéguen (2008) :

Les patientes anorexiques veulent un « corps de rêve », un corps de magazine sur papier glacé. Un corps de femme, un corps parfait, un corps phallique. Un corps qui a tout... mais qui n'est pas un corps rêvé. Un corps qui n'est pas fantasmé, ressenti, vivant. Un corps qui n'est pas érotique. Un corps désincarné, absent. Un corps qui n'est pas habité. Un corps qui n'est pas intériorisé. Ce corps est un objet externe que nos jeunes patientes contemplant et observent sans jamais réellement le ressentir. (p. 44)

3.5. Caractéristiques corporelles des personnes souffrant d'anorexie mentale

Les personnes souffrant d'anorexie mentale présentent des caractéristiques corporelles spécifiques et inter-reliées, parmi lesquelles figurent un schéma respiratoire perturbé, des tensions musculaires, une altération de la posture et une hyperactivité physique. Cette section vise à décrire plus en détails ces caractéristiques, dont la connaissance est nécessaire pour une meilleure compréhension de la relation que la personne souffrant d'anorexie mentale entretient avec son propre corps et du terreau dans lequel se développent les troubles de la conscience du corps.

Schéma respiratoire perturbé

Plusieurs recherches mettent en lumière une altération du schéma respiratoire chez les personnes souffrant d'anorexie mentale. Dans une étude quantitative comparative

corrélacionnelle réalisée en Suède par Thörnberg et Mattsson (2010), des physiothérapeutes identifient un schéma respiratoire restreint comme une caractéristique significative du groupe souffrant de troubles du comportement alimentaire ($N = 87$; 84 femmes et 3 hommes suivis en consultation ambulatoire à l'hôpital ; 26 souffrant d'anorexie mentale, 29 de boulimie et 41 d'EDNOS selon les critères diagnostiques du DSM-IV). Mesuré par l'échelle de conscience corporelle BAS-H¹², la sous-échelle « respiration » atteint un score de 3.5 sur 6 dans le groupe souffrant de troubles du comportement alimentaire contre 1.4 sur 6 pour le groupe de comparaison ($N = 21$) (p. 29).

Ce phénomène est également identifié par Kolnes (2012) qui décrit le schéma respiratoire des personnes souffrant d'anorexie mentale comme étant principalement costal et présentant une amplitude diminuée avec des phases inspiratoires et expiratoires raccourcies et une phase expiratoire presque bloquée (p. 285).

Selon Kolnes (2012), une respiration restreinte, de par son action inhibitrice sur la régulation des émotions, peut être interprétée comme un mécanisme de défense chez les personnes souffrant d'anorexie mentale. Se retenir de respirer librement, consciemment ou inconsciemment, constituerait donc une stratégie d'adaptation permettant d'éviter la confrontation à des émotions insoutenables (p. 285). A l'opposé, un relâchement de la respiration contribuerait, selon Kolnes (2012), à une relaxation, une diminution des tensions musculaires et un meilleur sens d'habitation du corps (p. 285). Thörnberg et Mattsson (2010) soulignent également la présence de corrélations entre respiration libre, santé mentale, qualité de vie et image de soi positive (p. 31).

Tensions musculaires

L'hypertonie musculaire constitue une caractéristique corporelle centrale des personnes souffrant d'anorexie mentale. Les tensions musculaires, présentes même au repos, reflèteraient le besoin de contrôle permanent exercé sur le corps (Henniaux, 2009 ; Kolnes, 2012). Outre les tensions musculaires, le besoin de contrôle

¹² L'échelle BAS-H ou Body Awareness Scale – Health permet d'évaluer les différentes caractéristiques du mouvement chez des patients atteints de troubles psychosomatiques ou psychiatriques. Il s'agit d'un test composé de 21 items qui est rempli par un physiothérapeute. Chaque item est évalué entre 0 et 6, 0 représentant la santé, l'harmonie et l'intégration et 6 représentant une symptomatologie importante.

contribuerait à une retenue au niveau de la respiration et des émotions, soulignant l'aspect inter-relié des caractéristiques corporelles (Thörnberg & Mattsson, 2010).

Selon Henniaux (2009), le raidissement du corps anorexique jouerait une fonction défensive. Il met en lien ce phénomène avec le concept de « seconde peau musculaire » utilisé par Brick pour qualifier la fonction défensive musculaire du nourrisson qui, ne se sentant pas contenu, tente de se tenir soi-même face aux angoisses de désintégration (p. 37).

Cette fonction défensive est également mise en lumière par Kolnes (2012) qui identifient des tensions musculaires particulièrement importantes au niveau des jambes, des fessiers, du dos et des plantes des pieds ainsi qu'au niveau des muscles impliqués dans la respiration et dans l'alimentation (p. 285). La tension musculaire apparaît également comme un trait caractéristique essentiel dans l'étude de Thörnberg et Mattsson (2010) avec un score pour la sous-échelle « flow » de l'échelle BAS-H de 2.5 sur 6 dans le groupe souffrant de troubles du comportement alimentaire ($N = 87$) contre 1.5 sur 6 pour le groupe de comparaison ($N = 21$) (p. 29).

Altération de la posture

Selon Kolnes (2012), les tensions musculaires et à l'altération du schéma respiratoire présentent un impact sur la posture qui inhibe à son tour la respiration (p. 286). Dans le contexte de l'anorexie mentale, la posture est caractérisée par un désalignement du corps ainsi qu'une retenue du dos et de l'abdomen vers l'intérieur, comme si, explique Kolnes (2012), la personne portait un corset (p. 286). Ces perturbations posturales impliquant une modification des axes du corps ont pour conséquence une perturbation de la stabilité corporelle.

La stabilité posturale est en lien directe avec le concept de « *centring* » se référant à la fois au centre physique et mental de l'individu situé dans la région abdominale (Thörnberg & Mattsson, 2010, p. 25). La sous-échelle « *centring* » de l'échelle de conscience corporelle BAS-H évalue les mouvements activant la région centrale du tronc. Or, Thörnberg et Mattsson (2010) obtiennent des scores significativement plus élevés pour cette sous-échelle chez les personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire ($N = 87$, score de 2.4 sur 6) que dans le groupe de comparaison ($N = 21$, score de 2.1 sur 6), indiquant une altération de ce type de mouvements dans la population étudiée (p. 29).

Les exercices de stabilisation de la posture permettent, selon Kolnes (2012), de libérer la respiration et semblent favoriser le phénomène de connexion au corps (p. 285). Cette constatation est soutenue par Thörnborg et Mattsson qui soulignent que la conscience du centre du corps renforce le sentiment de connexion et l'expérience d'être « proche de soi-même » (p. 25).

Hyperactivité physique

L'hyperactivité physique se définit comme un « comportement moteur quantitativement et qualitativement anormal » caractérisé par un excès de mouvement et une impossibilité à rester en place (André et al., 2004, p. 225).

Les personnes souffrant d'anorexie mentale présentent, selon Henniaux (2009), la caractéristique d'être toujours en mouvement, bien que cela soit parfois de façon dissimulée. Cette hyperactivité physique, explique Henniaux (2009), a pour conséquences d'être dans l'action plutôt que dans le ressenti des sensations corporelles et joue un rôle inhibiteur dans le processus de conscience de soi (p. 37).

Kolnes (2012) identifie l'activité physique compulsive comme un élément central chez les personnes souffrant d'anorexie mentale (p. 286). Par ses observations cliniques, Kolnes (2012) confirme les résultats d'études précédentes selon lesquelles l'exercice physique en excès est particulièrement prévalent chez les personnes souffrant d'anorexie mentale restrictive. Selon l'auteur, l'activité physique compulsive remplirait plusieurs fonctions dont celles de réguler des affects, de dépenser des calories, de s'auto-punir et d'obtenir la permission de manger ou de se relaxer (p. 286).

3.6. Altération de la conscience intéroceptive et anorexie mentale

Selon Bruch (1994), les personnes souffrant d'anorexie mentale présenteraient une perturbation de la conscience intéroceptive qu'elle décrit comme l'aptitude à identifier et répondre de façon adéquate à ses émotions et ses sensations internes (p. 110). Ce défaut de conscience intéroceptive, souligne Bruch (1994), serait au cœur des problématiques alimentaires et figure comme élément central de son modèle conceptuel des troubles du comportement alimentaire avec l'altération de l'image corporelle et le sentiment d'inefficacité.

Bon nombre de symptômes de l'anorexie mentale, tels que la perturbation de l'image du corps, les troubles de l'évaluation des sensations de faim et de satiété ainsi que la résistance au changement pourraient être en lien avec une conscience intéroceptive altérée (Le Grange & Lock, 2011, pp. 17–18).

Plusieurs études font état de l'altération des perceptions sensorielles dans le contexte de l'anorexie mentale. Cette section se penche dans un premier temps sur les troubles des sensations de faim et de satiété, puis, dans un deuxième temps, sur les troubles de la conscience intéroceptive de façon plus large et, finalement, sur l'altération de la conscience de soi de façon globale.

Altération de la perception des sensations de faim et de satiété

Une perturbation dans la perception des sensations de faim et de satiété chez les personnes souffrant d'anorexie mentale a été mise en lumière dans plusieurs études. Dans une étude quantitative comparative corrélationnelle réalisée au Canada, Garfinkel et al. (1978) mettent en lumière un mécanisme d'aversion au saccharose¹³ significativement plus faible ($p < 0.001$) chez les sujets souffrant d'anorexie mentale ($N = 26$; critères diagnostiques de Feighner et al.) que dans la population de contrôle ($N = 16$). En d'autres termes, après avoir ingéré un repas correspondant à une précharge de glucose, les personnes souffrant d'anorexie mentale semblent trouver le goût du saccharose significativement plus plaisant que le groupe de contrôle qui développe pour sa part une aversion au goût du saccharose. Ces résultats, expliquent Garfinkel et al. (1978), rejoignent ceux obtenus chez les personnes souffrant d'obésité et témoignent d'une altération dans le processus de régulation de la faim et de la satiété liée à une diminution de la sensibilité aux indices internes de l'organisme.

Cette incapacité à identifier et à répondre adéquatement aux sensations de faim et de satiété implique que la personne régule ses prises alimentaires non plus en se basant sur ce qu'elle ressent physiquement mais en fonction de règles rigides et restrictives fixées par elle-même ou en fonction de son état émotionnel.

¹³ Dans un premier temps, les sujets testent une solution de saccharose à quatre reprises et évaluent la douceur (entre 1 à 9) ainsi que le caractère agréable ou non de l'expérience (entre 1 et 9). Puis, les sujets mangent un repas de 400Kcal. Après ce repas, le test au saccharose est répété toutes les 3 minutes pendant une heure. Les sujets dits « normaux » présentent une sensation de satiété ou une aversion au goût du saccharose.

Bruch (1994) relève également des altérations dans les perceptions de faim et de satiété chez les personnes souffrant d'anorexie mentale. Elle associe en particulier la sensation d'être « gavé » qu'expriment certains après l'ingestion d'une quantité minime de liquide ou de nourriture à un phénomène « fantôme », correspondant à « une projection de souvenirs de sensations éprouvées antérieurement » (p. 115).

Altération de la conscience intéroceptive globale

Les premières études visant à mesurer la conscience intéroceptive des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire se basent sur des données récoltées au moyen de l'outil « *Eating Disorder Inventory*¹⁴ » (EDI). Ce questionnaire comprend une sous-échelle intitulée « conscience intéroceptive » reflétant la capacité à reconnaître et identifier de façon précise non seulement les sensations de faim et de satiété mais également les émotions.

Visant à valider cet outil, une étude quantitative comparative corrélationnelle menée au Canada a évalué les scores EDI d'une population de 35 patientes souffrant d'anorexie mentale¹⁵ suivies en consultation ambulatoire et les a comparés à ceux obtenus auprès d'un groupe de contrôle constitué de 82 étudiantes en psychologie à l'université (Garner, Olmstead, & Polivy, 1983). Les résultats montrent des scores significativement plus élevés pour le groupe souffrant d'anorexie mentale que pour le groupe de contrôle sur chacune des sous-échelles du questionnaire ($p < 0.001$), y compris celle de conscience intéroceptive.

Une étude quantitative comparative corrélationnelle réalisée en Allemagne par Pollatos et al. (2008) permet d'objectiver que, outre la difficulté à discriminer les émotions et les sensations viscérales identifiées par le questionnaire EDI, les personnes souffrant d'anorexie mentale présentent une altération globale des capacités à percevoir de façon précise l'ensemble des signaux corporels.

¹⁴ Créé par Garner et al., ce questionnaire auto-administré permet d'évaluer la présence d'un trouble du comportement alimentaire. La dernière version (EDI-3, 2004) est composée de 91 items divisés en 12 catégories évaluant le comportement alimentaire, l'image corporelle et ainsi que des traits psychologiques généraux non spécifiques aux troubles du comportement alimentaire. Il comprend une sous-échelle évaluant la conscience intéroceptive.

¹⁵ Selon les critères diagnostiques de Feighner et al. (1972).

La méthode utilisée par ce dernier consiste à évaluer la capacité à percevoir ses propres battements cardiaques ou « *heartbeat perception task*¹⁶ » en anglais. Alors que le groupe de contrôle présente un score moyen de perception des battements cardiaques de 0.77 sur 1 ($N=28$), le groupe composé de patientes souffrant d'anorexie mentale obtient un score moyen inférieur mesuré à 0.68 ($N=28$; 23 cas d'anorexie restrictive et 5 d'anorexie *binge & purge* selon les critères diagnostiques du DSM-IV). Cette différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p < 0.05$) permet de mettre en évidence une altération de la sensibilité intéroceptive chez les personnes souffrant d'anorexie mentales. Selon Pollatos et al. (2008), la diminution de la conscience intéroceptive combinée à un émoussement de la réponse du système autonome chez les personnes souffrant d'anorexie mentale pourrait constituer des facteurs contribuant au déclenchement ainsi qu'au maintien de la maladie (p. 385).

3.7. Phénomène de dissociation et anorexie mentale

Plusieurs études se penchent sur la relation entre les troubles du comportement alimentaire et les troubles dissociatifs. Traditionnellement, les troubles dissociatifs ont été conceptualisés et évalués comme une perturbation au niveau cognitif se manifestant par des expériences telles que l'amnésie et la dépersonnalisation (Waller et al., 2003). Plusieurs instruments ont été développés pour mesurer ce phénomène parmi lesquels figurent le questionnaire de Riley¹⁷ (QED) et l'échelle de l'expérience dissociative¹⁸ (DES).

¹⁶ Le score de perception des battements cardiaques est calculé comme la moyenne de quatre mesures. Il varie entre 0 et 1 ; plus le score est proche de 1, plus la valeur de comptage se rapproche de la valeur mesurée par le moniteur cardiaque.

¹⁷ Le questionnaire de Riley – ou « *Riley Questionnaire of Experiences of Dissociation* » (QED) – a été développé par Riley en 1988 dans le but de mesurer la dissociation ou l'échec de l'intégration dans la conscience des pensées, des sentiments et des actions. Il compte 26 items évalués par vrai ou faux. Le score total varie entre 0 et 26. Plus le score est élevé, plus la personne présente des symptômes de dissociation.

¹⁸ Développée par Eve Bernstein Carlson et Frank W. Putnam en 1986, l'échelle de l'expérience dissociative – ou « *Dissociative Experiences Scale* » (DES) – se présente sous la forme d'un questionnaire auto-administré. Elle comporte 28 items permettant de mesurer la fréquence des expériences de dissociation. Le score obtenu est situé entre 0 et 100. Plus le score est élevé, plus il est probable que la personne présente un trouble dissociatif.

Une étude quantitative comparative corrélationnelle menée en Australie par Schumaker et al. (1994) se base sur le questionnaire QED pour évaluer le degré de dissociation chez des femmes hospitalisées pour des troubles du comportement alimentaire ($N = 44$, 26 cas d'anorexie mentale, 18 cas de boulimie) selon les critères diagnostiques du DSM-III-R (American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 1987). Les résultats obtenus dans cette population sont comparés à ceux obtenus dans un groupe de contrôle composé de 22 étudiantes à l'université ne présentant pas d'antécédents psychiatriques.

Cette recherche suggère que les personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie confondues) présentent des scores de dissociation significativement plus élevés que le groupe de contrôle ($p < 0.01$). Le groupe souffrant d'anorexie mentale et le groupe souffrant de boulimie considérés séparément présentent des scores significativement plus élevés que le groupe de contrôle ($p < 0.01$ dans les deux cas). Par ailleurs, les auteurs n'observent pas de différence significative dans le degré de dissociation entre le groupe souffrant d'anorexie mentale et celui souffrant de boulimie ($p < 0.05$).

Une étude quantitative comparative corrélationnelle réalisée par Demitrack et al. (1990) aux Etats-Unis compare les scores DES d'un groupe constitué de femmes hospitalisées pour troubles du comportement alimentaire ($N = 30$, 12 cas d'anorexie mentale et 18 de boulimie) à un groupe de contrôle composé de 30 femmes du même âge sans antécédents psychiatriques. Les critères diagnostiques sont ceux du DSM-III-R. Les résultats obtenus montrent des niveaux significativement plus élevés de psychopathologie dissociative chez les groupes souffrant d'anorexie mentale ($p < 0.02$) et de boulimie ($p < 0.01$) que chez les sujets témoins. Par ailleurs, Demitrack et al. (1990) identifient une corrélation entre la gravité de l'expérience dissociative et la propension à l'auto-mutilation et aux comportements suicidaires ($p < 0.03$).

Une étude quantitative comparative corrélationnelle d'Espirito-Santo et al. (2013) menée au Portugal évalue la sévérité des troubles dissociatifs chez 29 femmes souffrant de troubles alimentaires (16 cas d'anorexie mentale – 7 restrictives, 3 *binge & purge*, 6 mixtes – et 13 cas de boulimie selon les critères diagnostiques du DSM-IV). Les résultats sont comparés à ceux obtenus chez une population de 35 femmes souffrant d'autres problématiques psychiatriques (syndrome de stress post-traumatique, troubles paniques, phobie sociale, troubles obsessionnels compulsifs et dépression). Les patientes souffrant d'anorexie mentale présentent un score DES

significativement plus élevé ($p < 0.05$) que les patientes souffrant d'une autre problématique de santé mentale lorsque sont exclues de ce groupe les patientes souffrant du syndrome de stress-post-traumatique. Par ailleurs, la sévérité de la dissociation chez les personnes souffrant d'anorexie mentale et de boulimie est mesurée au même niveau que celle des patientes atteinte d'un syndrome de stress-post-traumatique, une population connue pour présenter une symptomatique dissociative importante.

La volonté d'étendre l'échelle DES afin d'inclure une composante physiologique à l'étude du phénomène de dissociation a amené au développement d'un nouvel instrument : le questionnaire de dissociation somatoforme¹⁹ (SDQ-20). Ce questionnaire inclut notamment des items tels que « c'est comme si mon corps, ou une partie de celui-ci, avait disparu », « mon corps, ou une partie de celui-ci, est insensible à la douleur » ou « mon corps, ou une partie de celui-ci, est engourdi ».

Une étude quantitative comparative corrélationnelle réalisée par Waller et al. (2003) au Royaume-Uni compare les rôles de la dissociation somatoforme et de la dissociation cognitive dans les troubles du comportement alimentaire. Cette recherche portant sur 131 patientes (21 cas d'anorexie restrictive, 40 cas d'anorexie *binge & purge* et 70 cas de boulimie selon les critères diagnostiques du DSM-IV) évalue la dissociation cognitive au moyen de l'échelle DES et la dissociation somatoforme par le questionnaire SDQ-20. Ces mesures sont comparées à celles réalisées dans un groupe de contrôle composé de 75 femmes ne présentant pas de troubles du comportement alimentaire, ni de tendances boulimiques. Les résultats obtenus montrent des niveaux significativement plus élevés des deux formes de dissociation chez les femmes présentant un diagnostic à composante boulimique (anorexie *binge & purge* et boulimie) par rapport au groupe de contrôle et au groupe souffrant d'anorexie restrictive ($p < 0.05$). Par ailleurs, la dissociation somatoforme apparaît significativement plus élevée en cas d'abus de laxatifs ($p < 0.04$), de diurétiques ($p < 0.04$) et de pilules pour maigrir ($p < 0.01$). L'exercice excessif est associé à la fois à un niveau plus élevé de dissociation psychologique ($p < 0.02$) et de dissociation somatoforme ($p < 0.001$).

¹⁹ Le questionnaire de dissociation somatoforme, ou « *Somatoform Dissociation Questionnaire* », comporte 20 items permettant d'évaluer l'intensité des symptômes de dissociation au niveau somatoforme (dissociation sensorielle et motrice). Il s'agit d'un questionnaire auto-administré.

Waller et al. (2003) soulignent la nécessité de prendre en soin la dissociation somatoforme dans les troubles du comportement alimentaire, en particulier lorsque le trouble implique des comportements compensatoires tels que l'abus de laxatifs. Par ailleurs, les auteurs émettent l'hypothèse que la diminution de l'activité du système autonome, la dissociation et les comportements de purge pourraient former un ensemble de mécanismes de défense au niveau physiologique, cognitif et comportemental contre la surexcitation émotionnelle.

L'étude quantitative comparative corrélationnelle d'Espirito-Santo et al. (2013) s'attache également à évaluer la dissociation somatoforme via le questionnaire SDQ-20. Les résultats obtenus montrent un niveau significativement plus élevé dans le groupe souffrant de troubles du comportement alimentaire tous diagnostics confondus que dans le groupe souffrant d'autres problématiques psychiatriques ($p < 0.05$). Le groupe souffrant d'anorexie mentale considéré de façon isolée ne présente cependant pas de différence significative au niveau du score SDQ-20 par rapport au groupe de comparaison.

Au regard des résultats obtenus par Waller plus haut, il aurait été intéressant de pouvoir comparer les valeurs des groupes souffrant d'anorexie restrictive et d'anorexie *binge & purge* au lieu de les considérer de façon globale en raison de l'importance suspectée de la composante boulimique dans le phénomène de dissociation.

3.8. Pleine conscience et anorexie mentale

Une étude quantitative comparative corrélationnelle américaine menée par Bruha (2010) aux Etats-Unis s'est penchée sur la question de la pleine conscience et de l'expérience corporelle dans le contexte des troubles du comportement alimentaire. Pour ce faire, 128 femmes âgées de 18 à 50 ans, dont 65 souffrant d'anorexie mentale²⁰, ont répondu à plusieurs questionnaires en ligne dont le questionnaire EQ-R ou « *Eating Questionnaire-Revised* » évaluant la symptomatologie boulimique, l'échelle MAAS²¹ ou « *Mindful Attention Awareness Scale* » évaluant l'expérience corporelle et

²⁰ Les participantes ayant obtenu un total de 30 ou plus au test EAT (Eating Attitudes Test) ont été classées comme souffrant d'anorexie mentale ($N = 65$). Celles présentant un score de 29 ou moins ont été classées comme ne souffrant pas d'anorexie mentale ($N = 63$).

²¹ Développée par Brown et Ryan en 2003, l'échelle MAAS consiste en un questionnaire auto-administré composé de 15 items visant à évaluer le niveau de conscience de son corps et

le degré de pleine conscience, le questionnaire PANAS²² ou « *Positive and Negative Affect Schedule* » mesurant les affects et le bien-être et l'échelle SLS²³ ou « *Satisfaction with Life Scale* » évaluant le degré de satisfaction par rapport à sa propre vie.

Les résultats obtenus suggèrent que les individus souffrant d'anorexie mentale, avec un score significativement plus bas au test MAAS que le groupe ne présentant pas de pathologie anorexique ($p < 0.0001$), présente une altération de l'expérience corporelle et du niveau de pleine conscience. Par ailleurs, les participantes souffrant d'anorexie mentale obtiennent des scores significativement plus bas d'affects positifs et de bien-être ($p < 0.0001$) et de satisfaction globale par rapport à sa propre vie ($p < 0.0001$) que les participantes ne souffrant pas d'anorexie mentale. Cette même étude suggère qu'un niveau élevé de symptomatologie boulimique ($EQ-R \geq 45$) est associé de façon significative à une altération de l'expérience corporelle et de la pleine conscience ($p < 0.0001$) et à des scores inférieurs d'affects positifs et de bien-être ($p < 0.0001$) et de satisfaction par rapport à sa propre vie ($p < 0.0001$).

Bien que ne portant pas spécifiquement sur les troubles du comportement alimentaire, l'étude quantitative comparative corrélationnelle menée par Hansen et al. (2009) en Suède est pertinente par les liens qu'elle tisse entre pleine conscience, estime de soi, auto-mutilation et anxiété. Les chercheurs ont mesuré le niveau de pleine conscience au moyen de l'échelle MAAS chez 202 adolescents âgés de 14 à 19 ans (109 filles, 93 garçons) recrutés dans cinq gymnases.

En parallèle, des mesures d'estime de soi et d'auto-mutilation ont été réalisées afin d'étudier la présence d'éventuelles corrélations. Les résultats obtenus suggèrent qu'un niveau de pleine conscience plus élevé est associé de façon significative à un niveau plus élevé d'estime de soi ($p < 0.0001$) et de santé ainsi qu'à un niveau plus bas d'auto-mutilation ($p < 0.001$). Ces mêmes auteurs ont étudié la relation entre pleine

l'environnement. Les réponses vont de 1 à 6 et les scores plus élevés reflètent un niveau élevé de pleine conscience.

²² Développée par Watson, Clark et Tellegen en 1988, l'échelle PANAS comprend deux sous-échelles comptant chacune 10 items évalués de 1 à 5 : la sous-échelle PAS ou « *Positive Affect Scale* » mesurant l'enthousiasme, l'énergie et la vigilance ainsi que la sous-échelle NAS ou « *Negative Affect Scale* » évaluant des affects négatifs tels que la colère, le dégoût ou la peur.

²³ L'échelle SLS date de 1985 et a été créée par Diener, Emmons, Larsen et Griffin. Cette échelle, comprenant 5 items allant de 1 à 7, évalue le niveau subjectif de bien-être et de satisfaction globale par rapport à sa propre vie.

conscience et anxiété dans un groupe composé de 49 hommes débutant leur service militaire : cette mesure a mis en lumière que la pleine conscience est associée de façon significative à un niveau plus bas d'anxiété et de burn-out ($p < 0.05$).

3.9. Discussion des résultats

Le phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit rapporté au travers d'entretiens par bon nombre de personnes souffrant d'anorexie mentale semble d'une certaine façon « objectivé » par les résultats ci-dessus qui soulignent la complexité de la relation au corps dans le contexte de cette pathologie.

Pour répondre à la première question de recherche, les études présentées plus haute suggèrent que les personnes souffrant d'anorexie mentale présentent des caractéristiques corporelles spécifiques telles qu'un schéma respiratoire restreint, une hypertonie musculaire, une hyperactivité physique et une altération de la posture. Ces caractéristiques physiques semblent entraver l'accès aux sensations du corps et jouent un rôle prépondérant dans le sentiment de ne pas être connecté à son propre corps.

Les études suggèrent par ailleurs une altération significative des perceptions sensorielles chez les personnes souffrant d'anorexie mentale. Ces perturbations apparaissent à plusieurs niveaux : au niveau des indices physiques non-émotifs (tels que la faim et la satiété) ainsi qu'au niveau de la conscience intéroceptive au sens large impliquant l'ensemble des signaux provenant du corps. Bruch associe l'installation du défaut de conscience intéroceptive au développement de l'enfant (Bruch, 1973). Selon cette dernière, ce phénomène serait à mettre en lien avec une incapacité des parents à accorder une attention suffisante aux besoins et aux émotions de l'enfant. Le fait de ne pas recevoir de réponses appropriées – c'est-à-dire de réponses confirmant la perception-même de l'enfant – aurait un impact sur la capacité de l'enfant à percevoir et à faire sens de ses états internes qui, en conséquence, resteraient peu différenciés.

Pertinentes par le fait qu'elles mettent en lumière une perturbation de la conscience « sensorielle » des personnes souffrant d'anorexie mentale, les études présentées plus haut ne permettent toutefois pas de saisir le phénomène de déconnexion par rapport au corps dans son intégralité. Lié au concept de « conscience psycho-physique », les sentiments de connexion ou de déconnexion entre corps et esprit impliquent non seulement un accès aux perceptions physiques internes mais également une présence à soi-même et une reconnaissance par l'esprit de l'expérience corporelle (Price & Thompson, 2007).

L'étude de la problématique sous l'angle de la dissociation offre un éclairage différent et permet de répondre à la deuxième question de recherche de ce travail. Les résultats obtenus par les instruments QED, DES et SDQ-20 montrent une corrélation significative entre les deux formes de dissociation – cognitive et somatoforme – et la pathologie de l'anorexie mentale. Ce phénomène semble particulièrement présent chez les personnes présentant une anorexie mentale avec composante boulimique. La sévérité du phénomène de dissociation chez les personnes souffrant d'anorexie mentale et de boulimie est par ailleurs mesurée au même niveau que chez des patients présentant un syndrome de stress-post-traumatique.

Outre la nécessité d'évaluer et de prendre en soins les symptômes dissociatifs chez les personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire, l'étude d'Espirito-Santo et al. (2013) souligne le besoin d'approfondir la compréhension des mécanismes sous-jacents au phénomène de dissociation. Dans ce contexte, ils posent l'hypothèse du traumatisme comme mécanisme commun aux troubles du comportement alimentaire et au syndrome de stress post-traumatique.

Il semble toutefois important de noter que, bien que les échelles mesurant l'expérience dissociative contiennent des éléments portant sur l'évaluation de la conscience du corps et de la dissociation corporelle, leur application se révèle limitée pour mesurer le phénomène de déconnexion dans l'anorexie mentale et cela pour deux raisons : d'une part, ces instruments ne se basent pas sur l'évaluation de la conscience psycho-physique ; d'autre part, comme il sera discuté plus loin, ces instruments sont spécifiquement développés pour mesurer des symptômes dissociatifs sévères et se révèlent inadaptés pour évaluer l'expérience dissociative à un degré plus faible.

Les derniers résultats présentés suggèrent une altération de l'expérience corporelle et du niveau de pleine conscience chez les personnes souffrant d'anorexie mentale avec pour conséquence une conscience de soi altérée ainsi qu'une disponibilité émotionnelle et physique limitée (Bruha, 2010). La question, souligne l'auteur, réside dans le fait d'identifier si les personnes souffrant d'anorexie mentale se révèlent « incapables » de pratiquer la pleine conscience ou si, consciemment ou inconsciemment, elles choisissent de ne pas la pratiquer dans le but, peut-être, d'éviter une confrontation à l'image du corps.

Contrairement aux instruments utilisés pour mesurer les symptômes dissociatifs, les échelles évaluant le phénomène de « *mindfulness* » prennent en compte certains éléments propres à la conscience psycho-physique tels que les indicateurs de présence ou d'observation consciente (Price & Thompson, 2007). Cependant, bien que l'étude du phénomène de déconnexion sous l'angle du concept de « *mindfulness* » permette de palier à certaines lacunes des outils utilisés pour mesurer la dissociation, ces instruments ne sont pas conçus pour évaluer la conscience du corps.

Price et Thompson (2007) se sont penchées sur le développement d'un outil qui permettrait d'évaluer de façon spécifique le phénomène de connexion au corps. Intitulé « *Scale of Body Connection*²⁴ » (SBC), cet instrument rend compte du niveau de conscience psycho-physique par deux sous-échelles représentant des facettes indépendantes et complémentaires de la connexion au corps : la sous-échelle de conscience du corps et celle de dissociation corporelle. Testé auprès de deux groupes avec et sans antécédents d'exposition à des traumatismes, cet instrument a démontré sa validité discriminante avec des scores de dissociation corporelle significativement plus élevés chez les personnes ayant subi un traumatisme physique ($p < 0.01$). A ce jour, aucune étude ne fait état de l'utilisation de cet outil auprès d'une population souffrant d'anorexie mentale. Une recherche comparant à ceux d'un groupe de contrôle les scores obtenus dans une population souffrant d'anorexie mentale permettrait d'éclaircir la nature et la sévérité du phénomène de déconnexion, évalué ici dans sa globalité.

²⁴ L'échelle de connexion au corps, ou « *Scale of Body Connection* », est constituée de 20 items évalués de 0 à 4. Elle se divise en deux sous-échelles : la sous-échelle de conscience du corps évalue la conscience sensorielle, l'habilité à identifier et expérimenter les sensations internes du corps et son état émotionnel/physiologique global (tendu, relâché) ; la sous-échelle de dissociation corporelle se caractérise par l'évitement de l'expérience des sensations internes du corps.

Les différentes études présentées dans ce travail mettent en lumière les conséquences possibles du phénomène de déconnexion entre corps et esprit sur les personnes souffrant d'anorexie mentale, permettant de répondre à la troisième question de recherche de ce travail. Parmi celles-ci figure une perturbation de l'accès aux émotions et de leur régulation. Ce constat concorde avec les travaux de Damasio (2002) selon lesquels une conscience intéroceptive altérée est associée à un trouble de la reconnaissance et l'expérience des émotions. Dans ce contexte, les thérapies visant à développer la conscience du corps et à intégrer corps et esprit semblent promouvoir un contact avec les émotions et les affects (Gyllensten, Hansson, & Ekdahl, 2003). Watson (1998) souligne le rôle fondamental de la promotion et de l'acceptation de l'expression émotionnelle dans les soins infirmiers. Selon cette dernière, « la personne recherche habituellement la cohérence affective-cognitive. Une incohérence entre pensées et sentiments peut aboutir à l'anxiété, le stress, la confusion et même l'angoisse » (p. 54).

Les résultats présentés plus haut suggèrent également la présence d'une corrélation entre la gravité de l'expérience dissociative chez les personnes souffrant d'anorexie mentale et la propension à l'auto-mutilation et aux comportements suicidaires. Le phénomène de dissociation semble par ailleurs significativement plus élevé dans les troubles du comportement alimentaire à composante boulimique ou impliquant des mécanismes compensatoires (abus de laxatifs, de diurétiques ou de pilules pour maigrir). Bien qu'il soit tentant de tirer des conclusions sur la base de corrélations, il est important de noter que deux événements peuvent être corrélés sans pour autant avoir des rapports de cause à effet. Dans ce contexte, des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de déterminer si le phénomène de dissociation constitue un facteur favorisant les conduites à risque ou, à l'inverse, une conséquence de ces dernières.

Bien que de plus amples recherches soient encore nécessaires dans le domaine, il semblerait qu'une meilleure conscience de soi et de son corps soit associée à un niveau plus élevé de santé mentale, une meilleure qualité de vie, une image et une estime de soi plus positive ainsi qu'à un sentiment d'être plus « proche de soi-même » (Thörnberg & Mattsson, 2010, p. 25).

Limites

Les différentes études présentées dans ce travail, bien qu'elles n'évaluent pas de façon globale le phénomène de déconnexion entre corps et esprit, rendent compte de l'ampleur des perturbations présentes dans la relation au corps chez les personnes souffrant d'anorexie mentale et soulignent la nécessité de recherches plus approfondies sur cette problématique. Il semble toutefois important d'attirer l'attention sur quelques éléments à prendre en compte dans l'interprétation des résultats :

- *Définition de l'anorexie mentale* : Les études sélectionnées font référence à différentes définitions de l'anorexie mentale. En effet, les études les plus récentes se basent sur les critères diagnostiques du DSM-IV alors que les études plus anciennes se réfèrent aux critères du DSM-III-R ou de Feighner et al (1972). Or, deux études se basant sur des critères diagnostiques différents définissent comme souffrant d'anorexie mentale des populations légèrement différentes et donc n'évaluent pas exactement la même population ;
- *Types d'anorexie mentale* : Certaines études ne distinguent pas l'anorexie mentale restrictive de l'anorexie mentale *binge & purge*. Cette distinction semble indispensable dans l'étude du phénomène de déconnexion entre corps et esprit de par l'influence suspectée de la composante boulimique soulignée par plusieurs auteurs cités dans ce travail ;
- *Mesure du phénomène dissociatif* : Les instruments utilisés pour mesurer les symptômes dissociatifs (échelle DES, questionnaires QED et SDQ-20) ont été développés spécifiquement pour une utilisation auprès d'une population souffrant de troubles dissociatifs tels que définis cliniquement par le DSM. De ce fait, la majorité des items mesurent des symptômes sévères et ne sont pas forcément applicables à la population générale (Price & Thompson, 2007).
- *Questionnaires auto-administrés* : La plupart des études sélectionnées dans ce travail font recours à des questionnaires auto-administrés pour évaluer la conscience du corps ou la dissociation corporelle. Or, cette méthodologie repose entièrement sur la capacité des personnes à rapporter leur vécu corporel et émotionnel. De par la nature-même de la problématique abordée – le sentiment de déconnexion entre corps et esprit –, on peut émettre l'hypothèse que les personnes souffrant d'anorexie mentale présentent des difficultés à faire part de leur expérience. Il serait donc intéressant d'élaborer de

nouveaux instruments capables de capturer les aspects de la déconnexion au corps mais sans dépendre uniquement d'une auto-évaluation par les participants comme le font les questionnaires auto-administrés.

La première partie de ce travail a permis d'étudier les caractéristiques du phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit chez les personnes souffrant d'anorexie mentale. Une corrélation entre cette pathologie et l'expérience dissociative a été mise en lumière. Par ailleurs, le sentiment de déconnexion entre le corps et l'esprit chez les personnes souffrant d'anorexie mentale semble être associé à vécu négatif et présenter des conséquences non négligeables sur la qualité de vie. Cependant, en raison de l'absence d'études qualitatives sur le sujet, il semble difficile de tirer des conclusions péremptoires par rapport à cette dernière question.

Le chapitre suivant présente la philosophie du *Human caring* de Jean Watson. Ce cadre conceptuel offre un nouvel éclairage sur le phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit et permet de développer le rôle infirmier par rapport à cette problématique.

4. Cadre conceptuel

4.1. Racines du dualisme corps et esprit dans les soins

Le corps et l'esprit. La formulation en soi est révélatrice d'une séparation. Séparation entre le matériel et l'immatériel, l'extérieur et l'intérieur, le visible et l'invisible, les sensations et les pensées. Ce dualisme dont est largement imprégnée notre société occidentale prend ses sources en Grèce et traverse l'ensemble de la réflexion philosophique depuis l'Antiquité. Au 4^{ème} siècle avant J.-C., Platon fait référence à deux entités qu'il distingue et oppose : l'âme²⁵ et le corps. Pour ce dernier, c'est l'âme qui définit l'homme, reléguant le corps au statut d'obstacle dont il faut s'affranchir (Platon & Croiset, 1920). A cette vision dualiste s'oppose celle d'Aristote qui, à la même époque, développe une doctrine selon laquelle l'âme est unie au corps, défendant ainsi leur inséparabilité (Shields, 2011).

Au 19^{ème} siècle, Descartes renforce l'idée de primauté de l'âme²⁶ sur le corps et exprime la nécessité de s'éloigner de tout ce qui est d'origine sensible et corporelle : « je suis une chose qui pense, c'est-à-dire un esprit, un entendement ou une raison. [...] je ne suis point cet assemblage de membres que l'on appelle le corps humain » (Descartes & Martin, 1838, pp. 68–69). La fracture entre l'esprit qui pense et le corps non pensant a pour conséquence l'ouverture du corps à la science pour qui il devient l'objet d'analyses, de recherches et d'expérimentations. C'est le « corps machine » ou « corps cartésien ».

La pensée dualiste, intrinsèquement liée au développement de la science – et de la médecine en particulier – n'est pas sans incidence sur notre façon de soigner. La question de la connexion entre corps et esprit est fondamentale en ce qu'elle nous renvoie à la conception-même que l'on a de l'être humain et de la place que nous lui accordons dans les soins. Emergeant de modèle dualiste, la pratique médicale s'appuie historiquement sur une vision du corps fragmentée et réifiée.

²⁵ L'âme selon Platon est immortelle et renvoie au principe du mouvement et de la pensée.

²⁶ L'âme selon Descartes est comprise comme la pensée (« *res cogitans* »).

Cette approche biomédicale a servi par la suite de modèle pour le développement du paradigme infirmier de la catégorisation selon lequel la personne est considérée comme une somme de parties indépendantes les unes des autres, l'environnement est hostile et à séparer de la personne, les soins visent à éliminer la maladie et c'est l'absence de maladie qui définit la santé. Étudié dans ce contexte théorique, le phénomène de déconnexion entre corps et esprit ne représente plus un problème, mais la normalité et aucune action infirmière n'est donc requise. Remise en question par certaines théories infirmières, cette conception du corps, de l'esprit et du rapport entre eux n'en reste pas moins présente dans les lieux de soins. La suite de ce chapitre apporte un nouvel éclairage sur cette problématique sous l'angle de la philosophie du *Human caring* de Jean Watson.

4.2. Philosophie du *Human caring* de Jean Watson

La philosophie du *Human caring* de Jean Watson est une théorie à large spectre découlant de l'école de pensée du *caring* et appartenant au paradigme de la transformation (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2010). Son orientation est existentielle, phénoménologique et spirituelle (Pepin et al., 2010, p. 70). Cara et O'Reilly (2008) décrivent cette approche comme étant « essentiellement basée sur des valeurs humanistes de respect, de collaboration et d'unicité plutôt que sur l'objectivation, le contrôle et la catégorisation de la personne soignée » (p. 37).

La pratique infirmière du *caring* associe au système de valeurs humanistes de solides fondements scientifiques. Cette balance délicate entre deux pôles apparemment opposés est indispensable pour guider et analyser la pratique, développer de nouvelles connaissances et promouvoir la qualité des soins (Watson, 1998, p. 67).

Invisible dans le paradigme de la catégorisation, le phénomène de déconnexion entre corps et esprit trouve toute sa pertinence lorsqu'étudié dans le contexte du *caring*. Les métaconcepts infirmiers selon Watson présentés ci-dessous témoignent du rôle central de l'unité et de l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit dans la philosophie du *Human caring*.

Méta-concepts infirmiers selon la philosophie du *Human caring*

- Soins : Le concept de « *caring* » est utilisé par Watson pour désigner le soin. Selon cette dernière, le soin constitue un idéal moral. Il s'agit d'un processus transpersonnel visant à promouvoir l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit (Pepin et al., 2010, p. 81) ;
- Santé : Watson utilise l'expression « expérience de santé » en lieu et place du concept de santé pour mettre en lumière le fait que les soins infirmiers se centrent davantage sur l'expérience que la personne fait de la santé ou de la maladie que sur la santé ou la maladie à proprement parler (Pepin et al., 2010, p. 7). L'expérience de santé est conçue comme l'unité et l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit (Cara & O'Reilly, 2008, p. 41). Cette harmonie engendre « un respect de soi, une reconnaissance de soi, son propre soin et une auto-guérison » (Pepin et al., 2010, p. 71) ;
- Personne : La philosophie du *Human caring* considère la personne comme un « être dans le monde » vivant une expérience unique et présentant trois sphères – l'esprit (*mind*), le corps (*body*), et l'âme (*spirit*) – indissociables les unes des autres (Watson citée par Cara et O'Reilly, 2008, p. 41) ;
- Environnement : Selon Watson, la personne est en interrelation simultanée, mutuelle et continue avec son environnement. Ce dernier présente deux facettes : le monde physique ou matériel et le monde mystérieux, spirituel et existentiel (Pepin et al., 2010, p. 81). Par ailleurs, le concept d'environnement est sous-entendu implicitement dans l'expression « expérience humaine de santé » (Pepin et al., 2010, p. 7).

En s'inscrivant dans une optique de *caring*, l'être humain est étudié à travers ses diverses dimensions – physique, psychologique, sociale, culturelle et spirituelle – tout en maintenant une vision holistique de la personne. De ce fait, la rupture entre le corps et l'esprit – ou perte d'alignement esprit-corps-âme comme décrit par Watson – va à l'encontre du postulat définissant la santé comme l'unité et l'harmonie entre les trois sphères de l'individu. Dans ce contexte, il est intéressant de souligner que, selon Watson, c'est le rôle-même du soignant que de préserver l'unité de la personne par des « soins humains essentiels », ce qui confirme l'importance de l'étude du phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit pour la discipline infirmière.

Concepts centraux de la philosophie du *Human caring*

La philosophie du *Human caring* de Watson se compose de trois concepts principaux : la relation transpersonnelle de *caring*, les processus de *caritas* cliniques (anciennement nommés facteurs caratifs) et l'occasion de *caring*.

Par le concept de relation transpersonnelle de *caring*, Watson fait référence à un type de relation particulière basée sur des valeurs humanistes permettant d'atteindre une connexion plus profonde entre le soignant et la personne soignée. Parmi les ingrédients indispensables à une relation d'aide figurent, selon Watson (1998), le respect des croyances et de l'espoir, l'altruisme et l'humanisme, la sensibilité à soi, le respect de soi et des autres, la congruence et la sincérité, l'empathie, la chaleur humaine, l'intentionnalité et la conscience *caring* (p. 25). La relation transpersonnelle de *caring* vise, par ces éléments, à protéger, améliorer et préserver la dignité humaine ainsi que l'intégralité et l'harmonie de la personne (Cara & O'Reilly, 2008, p. 39). Selon Cara et Gagnon (2002), la nature transpersonnelle de la relation de *caring* permet de mieux saisir la réalité de la personne soignée, promouvoir l'expression de sa souffrance, de ses émotions et de ses pensées et favorise ainsi l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit.

Le deuxième concept fondamental de la philosophie du *Human caring* porte sur les facteurs caratifs (cf. tableau 2). Développés en 1979 par Watson, les facteurs caratifs visent à guider la pratique infirmière selon l'approche du *caring*. Le néologisme « caratif²⁷ », utilisé en opposition au terme curatif axé sur le traitement des pathologies, se réfère à une démarche soignante visant à favoriser « soit le rétablissement (ou le maintien) de la santé soit une mort paisible » (Jean Watson, 1998, p. 21). En 1999, Watson affine sa théorie et étend les dix facteurs caratifs à dix « processus de *caritas*²⁸ cliniques » présentant une plus grande dimension spirituelle (cf. tableau 2). Le processus de *caritas* clinique n°9 porte sur les besoins humains et énonce explicitement que les soins infirmiers découlant de la philosophie du *Human caring* visent à promouvoir l'harmonie entre l'esprit, le corps et l'âme ainsi qu'à préserver l'intégralité et l'unité de la personne.

²⁷ Tiré de l'anglais « *care* », signifiant « soin » ou « prendre soin ».

²⁸ Le terme « *caritas* » provient du grec et signifie chérir, donner une attention particulière.

L'occasion de *caring*, troisième concept fondamental de la théorie de Watson, correspond au moment où le soignant et la personne soignée, chacun avec son histoire de vie unique, se rencontrent dans une relation transpersonnelle. A cette occasion, le soignant et la personne soignée partagent leurs perceptions et leurs expériences et ont l'opportunité de décider des choix et des actions à prendre dans la relation (Cara & O'Reilly, 2008, p. 38).

Tableau 2: Facteurs caritatifs et processus de caritas cliniques

N°	Facteurs caritatifs (Jean Watson, 1998, p. 24)	Processus de caritas cliniques (Cara & O'Reilly, 2008, p. 39)
1.	Les valeurs humanistes et altruistes.	Pratique d'amour-bonté et d'égalité dans un contexte de conscience <i>caring</i> .
2.	La croyance et l'espoir.	Être authentiquement présent, faciliter et maintenir le système de croyances profondes et le monde subjectif du soignant et du soigné.
3.	Prendre conscience de soi et des autres.	Culture de ses propres pratiques spirituelles et du soi transpersonnel, se dirigeant au-delà du soi <i>ego</i> , s'ouvrant aux autres avec sensibilité et compassion.
4.	Le développement d'une relation d'aide et de confiance.	Développement et maintien d'une relation d'aide, de confiance et de <i>caring</i> authentique.
5.	L'expression de sentiments positifs et négatifs.	Être présent et offrir du soutien par l'expression de sentiment positifs et négatifs, telle une profonde connexion avec son âme et celle du soigné.
6.	La création d'une méthode scientifique de résolution de problème.	Utilisation créative de soi et de tous les types de savoir comme faisant partie du processus de <i>caring</i> ; s'engager dans une pratique de <i>caring-healing</i> artistique.
7.	L'enseignement-apprentissage transpersonnel.	S'engager dans une expérience d'enseignement-apprentissage authentique qui s'attarde à l'union de l'être et de la signification, qui essaie de demeurer dans le cadre de référence de l'autre.
8.	Le soutien, la protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel.	Créer un environnement <i>healing</i> à tous les niveaux (physique de même que non physique), un environnement subtil d'énergie et de conscience, où intégralité, beauté, confort, dignité et paix sont potentialisés.
9.	La gratification des besoins humains du bénéficiaire.	Assister en regard des besoins de base, avec une conscience de <i>caring</i> intentionnelle, administrer les « soins humains essentiels », qui potentialisent l'alignement esprit-corps-âme, l'intégralité et l'unité de la personne dans tous les aspects du soin ; veiller sur l'âme incarnée et l'émergence spirituelle en développement.
10.	Les forces existentielles-phénoménologiques spirituelles.	Ouvrir et s'attarder aux dimensions spirituelles-mystérieuses et existentielles de sa propre vie-mort ; soin de l'âme pour soi-même et la personne soignée.

Développements récents de la philosophie du *Human caring*

L'évolution de la philosophie du *Human caring* opérée durant ces dernières années met un accent particulier sur les facteurs existentiels et spirituels. Dans ses travaux actuels, Watson (2002) fait référence aux concepts d'intentionnalité (« *intentionality* ») et de conscience (« *consciousness* ») qui, postule-t-elle, constituent la base du soin transpersonnel de *caring*.

La conscience *caring* telle que décrite par Watson représente une préoccupation pour tous les aspects de la réalité, de la dimension physique à la dimension spirituelle, et s'exprime par la connexion à sa propre vie intérieure, au monde subjectif de l'autre, ainsi qu'à la nature et à l'univers dans son ensemble (Watson, 2002, p. 13). Le concept d'intentionnalité fait référence au fait que la conscience demeure toujours orientée vers un objet mental (Watson, 2002, p. 14). La conscience *caring* intentionnelle dépasse l'ici et maintenant ainsi que les sens physiques immédiats et s'inscrit dans un champ universel de conscience et d'énergie (Watson, 2002, p. 14).

Commentaires par rapport à la philosophie du *Human caring*

L'orientation spirituelle adoptée par Watson dans ses travaux récents dépasse la simple volonté d'intégrer au processus de soins les valeurs et les croyances des personnes afin de donner du sens à leur expérience de santé et favoriser leur harmonie. En effet, ses écrits reconnaissent explicitement la nécessité pour le soignant désirant guider sa pratique selon la philosophie du *Human caring* de travailler sur soi dans l'optique d'un développement spirituel.

Watson propose des exercices permettant de cultiver sa conscience de *caring* intentionnelle parmi lesquelles figurent la pratique spirituelle quotidienne, le respect des soins infirmiers comme une pratique spirituelle, la conscience du moment présent, le fait d'être « reconnaissant », de « pardonner » et de « bénir » tout ce qui entre dans le cercle « sacré » de son existence, et le rappel d'une présence qui est « plus grande que soi » (Watson, 2002, p. 18). Un soignant désirant orienter sa pratique selon le *caring* se doit de cultiver cette philosophie non seulement dans son activité professionnelle mais aussi dans sa vie quotidienne et de s'engager personnellement, socialement, moralement et spirituellement (Watson, 1997).

Il semble évident que s'inscrire dans un processus de développement personnel permet d'améliorer la compréhension que l'on a de soi-même, de grandir, de s'épanouir aussi bien dans sa vie que dans son métier et, probablement, d'être un meilleur soignant. Cependant, il est possible que le discours utilisé par Watson, faisant référence à des notions telles que la prière, la bénédiction et la dimension sacrée de la science infirmière, reste opaque aux yeux de certains qui qualifieront cette approche de mystique, voire d'ésotérique.

Une critique plus générale de la philosophie du *Human caring* renvoie à la difficulté de mettre en pratique des principes relativement généraux et abstraits tels que, par exemple, celui d'« amour-bonté ». Par ailleurs, certains soulignent le peu de directives concrètes offertes par cette théorie pour guider sa pratique.

Justification du choix de la philosophie du *Human caring* pour ce travail

La philosophie du *Human caring* de Watson constitue un ancrage théorique pertinent pour ce travail, et ce, pour plusieurs raisons :

1. La position paradigmatique de cette philosophie (O'Reilly, 2007, p. 7) ;
2. Les définitions qu'offre Watson du soin, de la personne et de la santé – 3 des 4 méta-concepts infirmiers – qui reprennent chacune la notion d'unité et d'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit ;
3. Le processus de *caritas* clinique n°9 portant sur l'administration de « *soins humains essentiels* » pour potentialiser l'alignement esprit-corps-âme, l'intégralité et l'unité de la personne.

4.3. Les soins infirmiers et le phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit

Mise en lumière du travail infirmier

Si j'ai souvent vu de remarquables infirmiers prendre le chemin des divans comme beaucoup d'entre nous, il m'a toujours paru notable de constater qu'ils ne s'éloignaient pas pour autant des corps des patients Ils avaient en eux cette intuition de l'unité corporopsychique ... (Delion, 2009, p. 25)

Cet énoncé de Delion souligne le rôle central de l'infirmier auprès du patient comme garant et promoteur de l'unité corps-esprit. Dans ce passage, Delion fait également référence à la notion d'« intuition », souvent utilisée pour qualifier le travail infirmier. Analyser du point de vue infirmier le phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit offre non seulement un nouvel éclairage sur la problématique, mais permet également de mettre en lumière le travail « caché » des soins infirmiers – souvent dissimulé derrière des concepts comme l'intuition – et par la même la spécificité et la pertinence de la discipline infirmière.

Questionnement quant aux valeurs soutenant la pratique infirmière

La problématique de déconnexion entre le corps et l'esprit questionne le type de soignant que chacun désire être ou devenir. Elle questionne les valeurs qui les animent et qui construisent leur conception des soins infirmiers. Prendre en compte et rendre compte du phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit, c'est soutenir une vision globale de la personne. C'est tenter de préserver l'unité et l'harmonie de cette dernière, et considérer l'être humain au-delà de la maladie.

La problématique de la fracture entre corps et esprit renvoie les soignants à leurs conceptions de l'être humain, du soin et de la santé, soit trois des quatre méta-concepts à la base de la discipline infirmière. En s'inspirant de la philosophie de *Human caring* de Watson, on retrouve commun à chacun de ces méta-concepts l'élément central d'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit.

Selon la philosophie du *Human caring*, c'est le rôle des soins infirmiers de préserver et de promouvoir l'unité et l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit. Cette harmonie est facilitée par la relation transpersonnelle de *caring* qui permet l'expression des sentiments, des émotions et des pensées. Dans ce contexte, l'expérience d'être déconnecté de son propre corps comme vécue par les personnes souffrant d'anorexie mentale semble essentielle à intégrer à une prise en soin infirmière globale.

Il est intéressant de noter que, sur le terrain, les soignants semblent rencontrer de réelles difficultés à mettre en place une prise en soin globale de la personne soignée. Bien que prônée par les décideurs, cette approche semble rester au stade « d'idéal de soin », reléguée derrière la routine quotidienne et les impératifs de rapidité, d'efficacité et d'économie. Dans un contexte de rationalisation des soins, il semble légitime de questionner s'il est possible et réaliste d'orienter sa pratique selon la philosophie du *Human caring*. Tout acte infirmier se situe dans un contexte sociopolitique et le nier

serait absurde. Ce travail sur la connexion corps-esprit tente cependant de mettre en lumière l'importance de phénomènes dont les enjeux ne sont peut-être pas « vitaux » mais qui présentent des effets non négligeables sur le bien-être et la qualité de vie. Une telle approche se situe au cœur du travail infirmier et en fait toute la richesse.

Répondre aux besoins des personnes souffrant d'anorexie mentale

La philosophie du *Human caring* souligne le rôle essentiel des soins infirmiers dans la prise en compte et la satisfaction des besoins. Dans une étude quantitative comparative corrélationnelle menée en Belgique, Vanderlinden et al. (2007) se sont attachés à évaluer les besoins des personnes souffrant d'anorexie mentale en termes d'interventions thérapeutiques indispensables à leur processus de rétablissement. Les 56 patientes en phase finale de traitement participant à cette étude ont classé au deuxième rang sur 20 l'amélioration de l'expérience corporelle, juste derrière l'amélioration de l'estime de soi.

Ce résultat souligne que la prise en soin infirmière du sentiment de déconnexion chez les personnes souffrant d'anorexie mentale permet de répondre à un besoin essentiel et exprimé comme tel par cette population.

La relation au corps anorexique

Le corps anorexique – un corps décharné, squelettique, un corps « incarnant l'image de la mort » (Gross & Barbosa, 2012) – renvoie le soignant à ses représentations de ce dernier, à sa relation à son propre corps et se révèle générateur d'émotions intenses telles que peur, angoisse, dégoût, gêne, colère ou sentiment d'impuissance. Ces constatations soulignent la complexité de l'abord corporel pour les soignants dans la problématique de l'anorexie mentale.

De plus, les personnes souffrant d'anorexie mentale, souvent qualifiées de « défensives corporellement » (Henniaux, 2009; Vincent, 2002), réveillent chez les soignants la crainte que certaines approches corporelles se révèlent plus nocives que bénéfiques (Duprat, 2009). Dans ce contexte, il semble nécessaire d'affiner notre compréhension de la relation au corps chez la personne souffrant d'anorexie mentale, d'évaluer l'apport des thérapies visant à favoriser l'expérience du corps et le vécu de la dimension sensorielle ainsi que de définir les conditions dans lesquelles ce type d'interventions peuvent être mise en place.

5. Recommandations pour la pratique et pour la recherche

5.1. Recommandations pour la pratique

Ce travail tente de souligner l'importance pour les soignants travaillant avec des personnes souffrant d'anorexie mentale de prendre en considération la relation que celles-ci entretiennent avec leur corps et d'être vigilant au risque de déconnexion entre le corps et l'esprit. Cette synthèse de littérature associée au cadre conceptuel du *Human caring* de Watson permet de formuler les recommandations suivantes pour la pratique :

- **Identifier le phénomène** : La prise en soins du phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit chez les personnes souffrant d'anorexie mentale s'inscrit dans une compréhension globale de leur expérience du corps « sensible ». Afin d'identifier et de saisir la complexité de cette expérience, il est nécessaire pour le soignant de réaliser une anamnèse complète en récoltant des informations sur les différentes sphères de l'individu (corps, âme et esprit). Des questions inspirées de la philosophie du *Human caring* telles que « parlez-moi de vous », « parlez-moi de vos sensations corporelles », « parlez-moi de ce que signifie pour vous être en harmonie », « parlez-moi de l'harmonie que vous souhaitez atteindre », « racontez-moi ce que cela fait d'être dans votre situation » offre à la personne l'espace pour partager son expérience avec le soignant (Cara, 2003).
- **Evaluer l'ampleur du phénomène** par le recours à des outils diagnostiques standardisés (questionnaires, échelles). L'échelle d'expériences dissociatives DES ainsi que le questionnaire de dissociation somatoforme SDQ-20 sont traduits et validés en langue française.
- **Se montrer particulièrement vigilant** lorsque la personne souffrant d'anorexie mentale présente des comportements de type boulimique ou des mécanismes compensatoires (abus de laxatifs, de diurétiques ou de pilules pour maigrir). Cette population semble présenter un risque significativement plus important de présenter des troubles dissociatifs (Bruha, 2010 ; Waller et al., 2003).

- **Lutter contre la dichotomie corps/esprit** : Dans un contexte où de multiples spécialistes tendent à diviser la personne en parties indépendantes les unes des autres, il relève de l'infirmier, de par ses rôles de généraliste de la santé et de leader de l'équipe de soins interdisciplinaire, de lutter contre cet état de fait et de promouvoir l'unité et l'harmonie de la personne souffrant d'anorexie mentale. Ceci implique la communication et la coordination avec les différents intervenants du projet de soins ainsi que la mise en œuvre d'approches thérapeutiques favorisant la connexion entre le corps et l'esprit. Parmi celles-ci figurent par exemple la méditation, la relaxation, la respiration ou le toucher thérapeutique.
- **Faire preuve d'une extrême délicatesse** dans l'abord corporel chez les personnes souffrant d'anorexie mentale de par le risque de provoquer un sentiment d'intrusion face au rapproché corporel. Le soignant doit être vigilant face à cette problématique et respecter le rythme ainsi que les résistances des personnes (Duprat, 2009, p. 78).
- **Se questionner sur ce que nous renvoie le corps anorexique** : La prise en soin des personnes souffrant d'anorexie mentale invite le soignant, par une démarche introspective, à prendre conscience de ses représentations du corps anorexique et des émotions qui y sont associées. Cette étape semble indispensable afin d'éviter l'écueil de l'évitement du corps dans la relation thérapeutique (Henniaux, 2009 ; Vincent, 2002).
- **Prendre conscience, en tant que soignant, de la relation à son propre corps** : Les dimensions de conscience du corps et d'unité corpo-psychique ne peuvent être saisies purement conceptuellement, c'est-à-dire si la personne n'en fait pas elle-même l'expérience. En veillant à développer la conscience de soi et de son corps, le soignant développe sa capacité à traiter les patients comme des êtres incarnés (Wilde, 1999) et cultive une qualité de présence propre à la relation transpersonnelle de *caring* (Watson, 2002).

5.2. Recommandations pour la recherche

Il n'existe, à l'heure actuelle, aucune étude en soins infirmiers portant sur le phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit chez les personnes souffrant d'anorexie mentale. Le champ demeure donc ouvert à toute recherche sur la question. Il serait intéressant, en particulier, d'explorer les pistes suivantes :

- **Traduire l'échelle de connexion au corps de Price et Thompson (2007) :**
Cette échelle n'est actuellement disponible qu'en anglais et en espagnol. L'utilisation de cet outil dans une population francophone nécessite sa traduction ainsi que sa vérification par une étude quantitative transversale portant sur sa fiabilité et sa validité.
- **Evaluer l'ampleur du phénomène de déconnexion au corps chez les personnes souffrant d'anorexie mentale** au moyen d'une étude quantitative transversale. Comparer les résultats obtenus dans des populations souffrant d'anorexie mentale restrictive et d'anorexie mentale *binge & purge* à ceux obtenus dans un groupe de contrôle présentant les mêmes caractéristiques socio-démographiques. Ceci permettrait de confirmer l'importance de la composante boulimique dans le phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit.
- **Imiter cette étude avec un devis longitudinal** afin d'évaluer sur la durée l'effet d'interventions thérapeutiques visant à promouvoir l'unité corporel-psychique sur le phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit.
- **Evaluer l'impact sur la qualité de vie et sur le bien-être** du phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit par une étude quantitative comparative corrélationnelle et justifier ainsi la pertinence de sa prise en soins.
- **Réaliser une étude sous un angle qualitatif :** les soins infirmiers s'approchent au plus près du vécu du patient et se révèlent, de ce fait, un cadre disciplinaire idéal pour l'étude qualitative du phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit. Utiliser une méthode qualitative, notamment par des entretiens semi-dirigés ou des « *focus groups* », conjointement à une méthode quantitative permettrait d'approfondir la compréhension de cette problématique et de ses conséquences pour les personnes souffrant d'anorexie mentale.

6. Conclusion

Cette revue de littérature a permis de mettre en lumière le phénomène encore peu connu de déconnexion entre le corps et l'esprit dans le contexte de l'anorexie mentale. Alors que le sentiment de ne pas être connecté à son propre corps apparaît fréquemment dans les témoignages de patients souffrant de cette pathologie, cette question ne fait l'objet que de peu d'études à ce jour. Par ailleurs, à notre connaissance, aucune recherche en sciences infirmières ne se penche spécifiquement sur cette problématique.

Ce travail souligne la complexité des concepts de « conscience du corps » et de « déconnexion par rapport au corps » et, par la même, la difficulté à rendre compte de ces phénomènes de manière globale et complète. Parmi les études sélectionnées, aucune ne cible à strictement parler le phénomène de déconnexion, ce qui constitue la limitation principale de ce travail. L'étude du phénomène est réalisée indirectement via l'analyse des troubles de la conscience intéroceptive et des troubles dissociatifs. Ainsi, ce travail ne prétend pas offrir une description complète de la problématique abordée, mais plutôt des pistes de réflexion à développer.

Les études retenues soulignent la présence de caractéristiques corporelles spécifiques à l'anorexie mentale semblant entraver l'accès aux sensations et jouant un rôle non-négligeable dans le phénomène de déconnexion au corps. Par ailleurs, les personnes souffrant d'anorexie mentale présenteraient une altération significative des perceptions sensorielles au niveau des indices physiques de faim et de satiété ainsi qu'au niveau de la conscience intéroceptive au sens large. De plus, les études sélectionnées mettent en lumière une corrélation entre le phénomène de dissociation et la pathologie de l'anorexie mentale, ce d'autant plus si elle est à composante boulimique. Finalement, bien que de plus amples recherches soient nécessaires, il semblerait qu'une meilleure conscience de soi et de son corps soit associée à un niveau plus élevé de santé mentale, une meilleure qualité de vie, ainsi qu'une image et une estime de soi plus positive. Les résultats présentés dans ce travail soulignent l'importance pour les soignants travaillant auprès de personnes souffrant d'anorexie mentale d'évaluer et de prendre en soins le phénomène de déconnexion entre le corps et l'esprit.

De par ses rôles de généraliste de la santé et de leader de l'équipe interdisciplinaire, l'infirmier représente un élément central du réseau de soins, garant et promoteur de l'unité et de l'harmonie des différentes sphères de l'individu. Dans ce contexte, il est de la responsabilité de l'infirmier de repérer le sentiment de déconnexion et de le faire exprimer à travers la relation d'aide.

Le peu d'études sur le sujet et, en particulier, l'absence de recherches en sciences infirmières laisse la porte ouverte à d'importants développements nécessaires pour approfondir la compréhension de ce phénomène encore largement ignoré. Il serait particulièrement intéressant d'étudier l'impact sur leur processus de rétablissement d'approches thérapeutiques novatrices visant à enrichir le rapport conscient au corps et donc le sentiment d'unité entre le corps et l'esprit des personnes souffrant d'anorexie mentale.

Discipline jeune et encore en maturation, la science infirmière s'est historiquement nourrie des sciences humaines pour construire son bagage de connaissance. Or, l'étude de phénomènes fondamentalement interdisciplinaires tels que le sentiment de déconnexion entre le corps et l'esprit trouve dans les soins infirmiers toute sa signification. En s'approchant au plus près du vécu des personnes, la recherche en soins infirmiers offre un éclairage original sur les phénomènes à l'œuvre contribuant à la production de savoirs dont les autres disciplines pourront, à leur tour, s'enrichir.

7. Références

- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R* (3rd ed., rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed., text revision.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- André, P., Benavidès, T., & Canchy-Giromini, F. (2004). *Corps & psychiatrie*. Thoiry: Editions Heures de France.
- Azar, M. (2007). Leadership en soins infirmiers et interdisciplinarité. *Journal Association FSI - USJ*, 6–8.
- Beghard, S., Dorogi, Y., Stiefel, F., Giusti, V., Laget, J., Michaud, P.-A., Monney Chaubert, C. (2011). Anorexie mentale et boulimie : l'expérience vaudoise d'une prise en charge interdisciplinaire. *Revue Médicale Suisse*, 7(282), 381–384.
- Bénavidès, T. (1997). Développement de la connaissance du corps chez l'enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 10(5), 281–285.
- Boula, J.-G. (2012). *Emotions sentiments*. Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales. Accès http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/emotion-sentiment.htm
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187–194.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders; obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H., Verne, F., & Manin, M. (1994). *Les Yeux et le ventre: l'obèse, l'anorexique*. Paris: Payot & Rivages.
- Bruha, J. (2010). *The effects of body experience and mindfulness on body-image disturbance and eating disorders*. Institute of Transpersonal Psychology, Palo Alto.
- Cara, C. (2003). A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *International Journal for Human Caring*, 7(3), 51–61.
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du "Human Caring" de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche En Soins Infirmiers*, 95, 37-45.
- Corcos, M. (2011). *Le corps insoumis psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris: Dunod.
- Crow, S. J., Stewart Agras, W., Halmi, K., Mitchell, J. E., & Kraemer, H. C. (2002). Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: A multicenter study. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 309–318.
- Damasio, A. R. (2002). *Le sentiment même de soi: corps, émotions, conscience*. Paris: Éditions O. Jacob.

- Delion, P. (2009). Franchir le tabou du corps en psychiatrie. *L'information Psychiatrique*, 85(1), 15–25.
- Demitrack, M. A., Putnam, F. W., Brewerton, T. D., Brandt, H. A., & Gold, P. W. (1990). Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1184–1188.
- Demitrack, M. A., Putnam, F. W., Rubinow, D. R., Pigott, T. A., Altemus, M., Krahn, D. D., & Gold, P. W. (1993). Relation of dissociative phenomena to levels of cerebrospinal fluid monoamine metabolites and beta-endorphin in patients with eating disorders: a pilot study. *Psychiatry Research*, 49(1), 1–10.
- Descartes, R., & Martin, L.-A. (1838). *Oeuvres philosophiques*. Paris: Auguste Desrez.
- Duprat, E. (2009). Relation au corps sensible et image de soi. In D. Bois, M.-C. Josso & M. Humpich (Dir.), *Sujet sensible et renouvellement du moi. Les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie* (pp. 361–376). Ivry-sur-Seine: Editions Point d'Appui.
- Durif-Bruckert, C. (2003). Corps, corporéité et rapport à l'aliment dans les troubles du comportement alimentaire. *Champ Psychosomatique*, 29(1), 71–95.
- Espirito-Santo, H., Gonçalves, L., Marques, M., Rocha, P., & Cassimo, S. (2013). Psychoform and somatoform dissociation severity in eating disorders. *European Psychiatry*, 28, 1.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1705–1715.
- Feighner, J. P. (1972). Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Archives of General Psychiatry*, 26(1), 57–63.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford: Clarendon Press.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., ... Woodside, D. B. (1996). Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 168(4), 500–506.
- Garfinkel, P. E., Moldofsky, H., Garner, D. M., Stancer, H. C., & Coscina, D. V. (1978). Body awareness in anorexia nervosa: disturbances in "body image" and "satiety." *Psychosomatic Medicine*, 40(6), 487–498.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15–34.
- Gross, M., & Barbosa, M.-N. (2012). Difficultés et contre-attitudes face aux patientes adolescentes anorexiques. *Soins Psychiatrie*, 280, 39–42.
- Guéguen, J.-P. (2008). Quand rêver est un cauchemar: à propos de l'anorexie mentale. *La Lettre de L'enfance et de L'adolescence*, 71(1), 41–46.

- Gyllensten, A. L., Hansson, L., & Ekdahl, C. (2003). Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 7(3), 173–183.
- Hansen, E., Lundh, L., Homman, A., & Wångby-Lundh, M. (2009). Measuring Mindfulness: Pilot Studies with the Swedish Versions of the Mindful Attention Awareness Scale and the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1), 2–15.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 173, 11–53.
- Henniaux, M. (2009). Le fonctionnement du corps dans les troubles des conduites alimentaires. *L'Information Psychiatrique*, 85(1), 35–41.
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383–396.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.
- Jones, D. J., Fox, M. M., Babigian, H. M., & Hutton, H. E. (1980). Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York: 1960-1976. *Psychosomatic Medicine*, 42(6), 551–558.
- Khazaal, Y., Zimmermann, G., & Zullino, D. F. (2005). Dépersonnalisation : Données actuelles. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(2), 101–107.
- Kolnes, L.-J. (2012). Embodying the body in anorexia nervosa – a physiotherapeutic approach. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 16(3), 281–288.
- Le Grange, D., & Lock, J. (Eds.). (2011). *Eating disorders in children and adolescents: a clinical handbook*. New York: Guilford Press.
- Lucas, A. R., Crowson, C. S., O'Fallon, W. M., & Melton, L. J. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 397–405.
- McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Carter, F. A., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Bulik, C. M., & Joyce, P. R. (2004). Strict versus lenient weight criterion in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12(1), 51–60.
- Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C. J., Hecht, F. M., & Stewart, A. (2009). Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. *PLoS ONE*, 4(5), e5614.
- Meurle-Hallberg, K. (2005). *Relationships between bodily characteristics and mental attitudes: Bodily examined and self assessed ratings of ill health* (Supplement No. 9). Umeå: Umeå University, Faculty of Social Sciences, Department of Psychology.
- Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., ... Michaud, P.-A. (2004). *Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002*. Lausanne: Institution universitaire de médecine sociale et préventive.

- National Institute of Mental Health. (2014). Eating Disorders. *National Institutes of Mental Health*. Accès: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders/index.shtml>
- O'Reilly, L. (2007). *La signification de l'expérience d'«être avec» la personne soignée et sa contribution à la réadaptation : la perception des infirmières*. Université de Montréal, Canada.
- Office fédéral de la statistique. (2007). *Enquête suisse sur la santé 2007*. Neuchâtel: Office Fédérale de la Statistique.
- Organisation mondiale de la santé. (2009). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Pélissier-Simard, L., & Xhignesse, M. (2008). Qu'est-ce que la médecine intégrative ? *Le Médecin Du Québec*, 43(1), 21–22.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal: Chenelière éducation.
- Platon, & Croiset, A. (1920). *Œuvres complètes. Tome I: Introduction. Hippias mineur - Alcibiade - Apologie de Socrate - Euthyphron - Criton*. Paris: Les Belles Lettres.
- Pollatos, O., Kurz, A.-L., Albrecht, J., Schreder, T., Kleemann, A. M., Schöpf, V., ... Schandry, R. (2008). Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 9(4), 381–388.
- Price, C. J., & Thompson, E. A. (2007). Measuring Dimensions of Body Connection: Body Awareness and Bodily Dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(9), 945–953.
- Price, & Herting, J. (2013). Changes in Post Traumatic Stress Symptoms Among Women in Substance Use Disorder Treatment: The Mediating Role of Bodily Dissociation and Emotion Regulation. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 147–153.
- Schilder, P. (1968). *L'image du corps. Etude des forces constructives de la psyché (1ère édition anglaise, 1950)*. Paris: Gallimard.
- Schnyder, U., Milos, G., Mohler-Kuo, M., & Dermota, P. (2012). *Prävalenz von Essstörung in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Schumaker, J. F., Warren, W. G., Schreiber, G. S., & Jackson, C. C. (1994). Dissociation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 22(4), 385–392.
- Shields, C. (2011). *Aristotle's Psychology*. Stanford: Edward N. Zalta.
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., ... Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824–852.

- Spoor, S. T. P., Bekker, M. H. J., Van Heck, G. L., Croon, M. A., & Van Strien, T. (2005). Inner body and outward appearance: the relationships between appearance orientation, eating disorder symptoms, and internal body awareness. *Eating Disorders*, 13(5), 479–490.
- Steinhausen, H.-C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284–1293.
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1073–1074.
- Sullivan, P. F. (2002). Course and Outcome of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In C. G. Fairburn (Ed.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (pp. 226–230). New York: Guilford Press.
- Thörnberg, U., & Mattsson, M. (2010). Rating body awareness in persons suffering from eating disorders – A cross-sectional study. *Advances in Physiotherapy*, 12(1), 24–34.
- Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G., & Probst, M. (2007). Which elements in the treatment of eating disorders are necessary “ingredients” in the recovery process?—A comparison between the patient’s and therapist’s view. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 357–365.
- Vincent, T. (2002). *Soigner les anorexies graves*. Paris : Érés.
- Waller, G., Babbs, M., Wright, F., Potterton, C., Meyer, C., & Leung, N. (2003). Somatoform dissociation in eating-disordered patients. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 619–627.
- Waller, N. G., & Ross, C. A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(4), 499–510.
- Walters, E. E., & Kendler, K. S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *The American Journal of Psychiatry*, 152(1), 64–71.
- Watson, J. (1997). The Theory of Human Caring: Retrospective and Prospective. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 49–52.
- Watson, J. (1998). *Le Caring: philosophie et science des soins infirmiers*. Paris: Seli Arslan.
- Watson, J. (2002). Intentionality and caring-healing consciousness: A practice of transpersonal nursing. *Holistic Nursing Practice*, 16(4), 12–19.
- Wilde, M. H. (1999). Why embodiment now? *Advances in Nursing Science*, 22(2), 25–38.
- Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H. C., & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet*, 355(9205), 721–722.

8. Annexes

8.1. Démarche méthodologique détaillée

Le tableau 3 présente les mots-clés identifiés pour la première recherche documentaire. La sélection des descripteurs MeSH ainsi que leur traduction de français en anglais a été réalisée au moyen de l'outil HONsélect. Les articles relatifs aux soins infirmiers ont été ciblés, d'où l'inclusion du mot-clé « soins » ou « nursing ».

Le tableau 4 présente les différentes combinaisons de mots-clés ainsi que les résultats associés. Le peu de résultats obtenus lors de cette première investigation – articles *A* et *B* – a souligné la nécessité de modifier la stratégie de recherche. En survolant les articles obtenus par le mot-clé « *Mind Body Relations (Metaphysics)* », on constate que ces derniers présentent une orientation principalement spirituelle ne correspondant pas à l'angle de recherche adopté dans ce travail. Ce mot-clé a donc été supprimé.

Afin d'identifier de nouveaux mots-clés, une recherche dans PubMed a été effectuée avec le mot-clé « *body connection* », extrêmement spécifique à la problématique étudiée dans ce travail (85 articles obtenus). Une première sélection basée sur la lecture des titres et des abstracts a permis de retenir des articles susceptibles de présenter un intérêt pour ce travail. Parmi ceux-ci figurent trois articles de Cynthia Price dont l'article *C*. Bien que non spécifique à l'anorexie mentale, cet article est particulièrement pertinent pour l'étude du phénomène de connexion/déconnexion au corps et par le fait qu'il s'agisse d'une étude en soins infirmiers. La lecture de cet article a conduit à l'identification de nouveaux mots-clés spécifiés dans le tableau 5.

Une 2^{ème} recherche à travers les bases de données PubMed, CINAHL et PsycINFO a été réalisée au moyen de ces nouveaux mots-clés, débouchant sur onze nouveaux résultats présentés dans le tableau 6 (articles *D*, *E*, *F* et *G*). Ces articles ont été retenus pour la pertinence de leur éclairage sur les phénomènes de conscience du corps et de dissociation corporelle dans le contexte de l'anorexie mentale. Parmi les onze articles retenus figure la recherche de Vancampfort et al. (2014) qui a permis d'identifier l'article *H* qu'il cite en référence. Cet article de Vanderlinden et al. (2007) porte sur un large échantillon (132 patientes) et offre un éclairage sur l'importance de la conscience du corps et en particulier de l'amélioration de l'expérience corporelle dans le processus de rétablissement de personnes souffrant d'anorexie mentale.

Une 3^{ème} recherche a été réalisée sur la base de données francophone Cairn.info et a permis d'identifier l'article I en utilisant les mots-clés « anorexie mentale » et « corporéité », mot-clé typiquement français et sans équivalent anglais. Cet article a été retenu pour la perspective qu'il offre sur le vécu corporelle et la relation au corps dans le contexte de l'anorexie mentale.

Finalement, une 4^{ème} recherche sur Google Scholar utilisant les mots-clés « *dissociation* » et « *eating disorders* » dans le titre (57 résultats) a permis d'identifier l'article J, complétant les résultats déjà obtenus sur la conscience du corps et la dissociation corporelle.

Au total, 17 articles ont été retenus (cf. tableau 7). Ces derniers sont résumés dans l'annexe 8.3 de ce travail. Comme spécifié dans le chapitre 3.1, tous les articles retenus ont fait l'objet d'une lecture critique au moyen de la grille de Fortin et Gagnon (2010) (cf. annexe 8.2) permettant de s'assurer de leur validité méthodologique et scientifique ainsi que du respect des normes éthiques et déontologiques. Il reste cependant à déplorer que, outre l'article de Price et Thompson (2007), aucune étude menée dans la discipline infirmière n'a été identifiée lors de cette démarche de recherche documentaire. Par ailleurs, l'étude de Price et Thompson (2007), de par le fait qu'elle ne fait pas référence explicitement à un modèle conceptuel de soins infirmiers, présente un ancrage disciplinaire limité.

A l'exception de l'article de Vancampfort et al. (2014), tous les articles sélectionnés font référence à des études individuelles. Logiquement, de par le peu d'études sur le sujet, aucune littérature de synthèse²⁹ portant spécifiquement sur la problématique étudiée n'est disponible actuellement.

²⁹ On considère que la littérature de synthèse (revues systématiques, méta-analyses) présente le niveau de preuve le plus élevé.

Tableau 3 : Mots-clés pour la première recherche documentaire

Base de données	Thesaurus	Mots-clés (français)	Mots-clés (anglais)
PubMed	Oui (MeSH ³⁰)	Soins Anorexie mentale Relations corps-esprit (métaphysique)	Nursing Anorexia Nervosa Mind Body Relations (Metaphysics)
CINAHL	Oui	-	Nursing care Anorexia Nervosa Mind Body Techniques
PsycINFO	Oui	-	Nursing Anorexia Nervosa
PsycINFO	Non	-	Mind body

Tableau 4 : Combinaisons de mots-clés et résultats associés (première recherche)

Bases de données	Mots-clés	Résultats	Retenus
PubMed	Nursing AND Anorexia Nervosa AND Mind Body Relations (Metaphysics)	0	-
	Anorexia Nervosa AND Mind Body Relations (Metaphysics)	5	0 (3 articles pas accessibles)
CINAHL	Nursing care AND Anorexia Nervosa AND Mind Body Techniques	0	-
	Anorexia Nervosa AND Mind Body Techniques	2	1 = Article A
PsycINFO	Nursing AND Anorexia Nervosa AND Mind body	0	-
	Anorexia Nervosa AND Mind body	9	1 = Article B

³⁰ MeSH : Medical Subject Headings. Se réfère à une liste normalisée de termes utilisés pour l'analyse documentaire dans le domaine biomédical.

Tableau 5 : Mots-clés pour la deuxième recherche documentaire

Base de données	Thesaurus	Mots-clés (français)	Mots-clés (anglais)
PubMed	Oui (MeSH)	Soins Anorexie mentale Troubles dissociatifs	Nursing Anorexia Nervosa Dissociative disorders
	Non	Conscience du corps Dissociation Conscience intéroceptive	Body awareness Dissociation Interoceptive awareness
CINAHL	Oui	-	Anorexia Nervosa Dissociative Disorders
	Non	-	Nursing care Body awareness Dissociation Interoceptive awareness
PsycINFO	Oui	-	Nursing Anorexia Nervosa Body Awareness Dissociative Disorders
	Non	-	Dissociation Interoceptive awareness

Tableau 6 : Combinaisons de mots-clés et résultats associés (deuxième recherche)

Bases de données	Mots-clés	Résultats	Retenus
PubMed	Nursing AND Anorexia Nervosa AND Awareness	0	-
	Anorexia Nervosa AND Body Awareness	47	5 = Articles D (+1 article déjà retenu)
	Nursing AND Anorexia Nervosa AND Dissociative disorders	0	-
	Anorexia Nervosa AND Dissociative disorders	30	1 = Article E (3 pas accessibles)
	Nursing AND Anorexia Nervosa AND Interoceptive awareness	0	-
	Anorexia Nervosa AND Interoceptive awareness	34	(1 article pas accessible) (+3 articles déjà retenus)

Bases de données	Mots-clés	Résultats	Retenus
CINAHL	Nursing care AND Anorexia Nervosa AND Body awareness	0	-
	Anorexia Nervosa AND Body awareness	31	2 = Articles F (+2 articles déjà retenus)
	Nursing care AND Anorexia Nervosa AND Dissociative disorders	0	-
	Anorexia Nervosa AND Dissociative disorders	6	0
	Nursing care AND Anorexia Nervosa AND Interoceptive awareness	0	-
	Anorexia Nervosa AND Interoceptive awareness	7	(1 article déjà retenu)
	Anorexia Nervosa AND Dissociation	5	(1 article pas accessible)
PsycINFO	Nursing AND Anorexia Nervosa AND Body awareness	0	-
	Anorexia Nervosa AND Body awareness	30	0
	Nursing AND Anorexia Nervosa AND Dissociative Disorders	0	-
	Anorexia Nervosa AND Dissociative Disorders	15	3 = Articles G
	Nursing AND Anorexia Nervosa AND Interoceptive awareness	0	-
	Anorexia Nervosa AND Interoceptive awareness	61	(2 articles pas accessibles)
	Anorexia Nervosa AND Dissociation	14	(2 articles déjà retenus)

Tableau 7 : Articles retenus

Documents	Auteur(s) (année)
Article (A)	Kolnes (2012)
Article (B)	Skarderud (2007)
Article (C)	Price & Thompson (2007)
Articles (D)	Garfinkel et al. (1978), Hansen et al. (2009), Matsumoto (2006), Pollatos & al. (2008), Zucker & al. (2013)
Articles (E)	Waller et al. (2003)
Articles (F)	Thörnberg & Mattsson (2010), Vancampfort et al. (2014)
Article (G)	Demitrack et al. (1990), Demitrack et al. (1993), Schumaker et al. (1994)
Document (H)	Vanderlinden et al. (2007)
Document (I)	Durif-Bruckert (2003)
Document (J)	Espirito-Santo (2013)

Apprentissage méthodologique réalisé

La réalisation de ce travail a permis de développer des compétences essentielles à la démarche de recherche scientifique en général, et en soins infirmiers en particulier. Parmi les apprentissages réalisés figure le processus d'élaboration et de ciblage de la problématique ainsi que la construction des questions de recherche au moyen de la méthode PICO.

Ce travail consistant en une revue de la littérature, une grande partie de l'apprentissage réside dans l'acquisition de la méthodologie de recherche documentaire et dans le développement de la capacité d'analyse critique des articles. Ceci comprend la découverte de bases de données spécifiques à la recherche médicale et à la recherche en soins infirmiers, l'acquisition d'une rigueur méthodologique pour le cheminement à travers les bases de données (y compris l'identification et la traduction des mots-clés, l'utilisation des thésaurus et l'utilisation des opérateurs booléens), et la maîtrise de la grille développée par Fortin et Gagnon (2010) pour la lecture critique des articles de recherche. Cette grille porte une attention particulière au respect des dimensions éthiques et déontologiques, soulignant son importance dans toutes démarches de recherche pour une activité scientifique intégrée et de qualité.

8.2. Grille de lecture de Fortin et Gagnon (2010)

	Oui	Partiellement	Non
1. Généralités			
Le titre précise de façon succincte les concepts-clé et la population de l'étude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le résumé synthétise correctement les grandes lignes de la recherche (problème, méthode, résultats, discussion) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Introduction			
<i>2.1. Définition du problème (question de recherche)</i>			
Le problème de l'étude est clairement formulé et circonscrit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le problème de l'étude est justifié dans le contexte des connaissances actuelles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le problème a une signification particulière pour la discipline concernée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>2.2. Recension des écrits</i>			
Les travaux antérieurs sont pertinents et rapportés de façon critique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La recension présente une base solide pour l'étude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La recension s'appuie principalement sur des références primaires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>2.3. Cadre de recherche</i>			
Les concepts clés sont mis en évidence.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les concepts clés sont définis sur le plan conceptuel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cadre théorique / conceptuel est explicite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cadre théorique / conceptuel est lié au but de l'étude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si pertinent : l'absence d'un cadre théorique / conceptuel est justifié par l'auteur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>2.4. But, question de recherche ou hypothèses</i>			
Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La population de l'étude est clairement spécifiée dans la question.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les variables clés de l'étude sont clairement énoncées.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La question de recherche et les hypothèses reflètent le contenu de la recension des écrits....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La question de recherche et les hypothèses découlent logiquement du but énoncé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Méthode			
<i>3.1. Population et échantillon</i>			
La population est définie de façon précise.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'échantillon est décrit de façon détaillée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La méthode d'échantillonnage favorise la représentativité de l'échantillon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La méthode de définition de la taille d'échantillon est précisée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La méthode d'échantillonnage permet d'atteindre les objectifs visés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La taille d'échantillon est justifiée statistiquement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>3.2. Considérations éthiques</i>			
Les moyens pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étude est conçue pour maximiser les bénéfices et minimiser les risques pour les participants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>3.3. Devis de recherche</i>			
Le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le devis fournit les moyens d'examiner toutes les questions de recherche / hypothèses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le choix du devis minimise les obstacles liés à la validité interne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le choix du devis minimise les obstacles liés à la validité externe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La méthode de recherche proposée est appropriée au problème posé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Partiellement	Non
3.4. Mode de collecte des données et validité			
Les outils de mesure sont clairement décrits.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les outils de mesure permettent de mesurer les variables concernées.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les instruments utilisés ont été créés pour les besoins de l'étude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les instruments utilisés ont été importés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les définitions opérationnelles sont adéquates.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les définitions opérationnelles tiennent compte des activités nécessaires à la mesure des variables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La validité des outils utilisés est évaluée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les résultats de l'évaluation de la validité sont présentés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'évaluation de la validité est satisfaisante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La fidélité des outils utilisés est évaluée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les résultats de l'évaluation de la fidélité sont présentés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'évaluation de la fidélité est satisfaisante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. Conduite de la recherche			
Le processus de collecte de données est décrit clairement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les données ont été collectées de manière à minimiser les biais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les données ont été collectées en faisant appel à du personnel compétent.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intervention est clairement décrite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intervention est appliquée de façon constante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.. Analyse de données			
Les méthodes d'analyses statistiques des données sont précisées.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les méthodes d'analyses statistiques des données sont appropriées (au niveau de mesure des variables, à la comparaison entre groupes, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les facteurs susceptibles d'influencer les résultats sont pris en compte dans l'analyse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Résultats			
Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et figures.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les résultats sont résumés par un texte narratif.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le seuil de signification de chaque test statistique est indiqué.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Discussion			
5.1. Interprétation des résultats			
Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les résultats sont interprétés pour chaque question ou hypothèse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les résultats concordent avec les recherches antérieures sur le même sujet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'interprétation des résultats et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les limites de l'étude sont définies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conclusions découlent logiquement des résultats.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Conséquences et recommandations			
Les conséquences des résultats pour la discipline ou la pratique clinique sont spécifiées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des recommandations sont faites pour les recherches futures.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.3. Résumé des articles de recherche

Article et mots-clés	Type d'étude et domaine	Objectifs / Faiblesse	Méthode	Résultats	Conclusions
Demitrack et al. (1990) <u>Mots-clés :</u> Adolescent, adult, anorexia nervosa, body image, bulimia, dissociative disorders, eating disorders, endorphins, female, humans, self-mutilation, attempted suicide	Etude comparative corrélationnelle en psychiatrie (quantitative)	Etudier la relation entre l'expérience dissociative et les troubles du comportement alimentaire (TCA) <u>Faiblesse :</u> Groupe AM composé d'une majorité de patientes anorexiques avec comportements boulimiques (8/10). Nécessité d'un échantillon + large et + hétérogène	Comparaison de 2 groupes : 30 jeunes femmes souffrant de TCA (12 AM, 18 B ; diagnostics selon critères du DSM-III-R) 30 jeunes femmes du même âge sans atcd psychiatriques (contrôle) Matching par paires (2 ans d'écart d'âge au maximum) <u>Instrument :</u> Echelle de l'expérience dissociative (DES) composée de 28 items Informations sur l'ancienneté de la maladie, # d'hospitalisations, atcd de TS et d'auto-mutilation, atcd de vol.	<u>Résultats DES :</u> Groupe TCA : M = 16.7 (z = 3.49, df = 29)* Groupe AM : M = 19.5 (z = 2.35, df = 11)* Groupe B : M = 16.6 (z = 2.85, df = 17)* Groupe Contrôle : M = 6.4 * « Wilcoxon matched-pairs signed ranks test » => test utilisé pour comparer deux échantillons appariés et déterminer si leurs valeurs moyennes diffèrent (distribution non normale) <u>Différences significatives entre :</u> => TCA et groupe de contrôle (p < 0.01) => AM et groupe de contrôle (p < 0.02) => B et groupe de contrôle (p < 0.01)	Niveaux significativement plus élevés de psycho-pathologie dissociative chez groupes AM et de B (considérés ensemble ou séparément) que chez sujets témoins. Lien entre expérience dissociative grave et propension à l'auto-mutilation et aux comportements suicidaires.
Demitrack et al. (1993) <u>Mots-clés :</u> Adolescent, adult, anorexia nervosa, body weight, brain, bulimia, dissociative disorders, female, humans, hypnosis	Etude comparative corrélationnelle en psychiatrie (quantitative)	Etudier la relation entre l'expérience dissociative et les troubles du comportement alimentaire <u>Faiblesse :</u> cf. Demitrack et al. (1990)	Comparaison de 2 groupes : 27 jeunes femmes souffrant de TCA (11 AM, 16 B ; diagnostics selon critères du DSM-III-R) 27 jeunes femmes du même âge et en bonne santé (groupe de contrôle) Matching par paires (2 ans d'écart par rapport à l'âge au maximum) <u>Instrument :</u> Echelle de l'expérience dissociative (DES) composée de 28 items	<u>Résultats DES :</u> Groupe TCA : M = 15.8 (z = 3.39, df = 27)* Groupe AM : M = 15.8 (z = 2.13, df = 11)* Groupe B : M = 16.6 (z = 2.69, df = 16)* Groupe Contrôle : M = 6.6 * « Wilcoxon matched-pairs signed ranks test » => test utilisé pour comparer deux échantillons appariés et déterminer si leurs valeurs moyennes diffèrent <u>Différences significatives entre :</u> => TCA et groupe de contrôle (p < 0.001) => AM et groupe de contrôle (p < 0.04) => B et groupe de contrôle (p < 0.006)	Groupes AM et B (ensemble ou séparément), présentant des niveaux significativement plus élevés de psycho-pathologie dissociative que les groupe contrôle. Sujets souffrant de B et AM présentent des niveaux similaires d'exp. dissociatives

Article et mots-clés	Type d'étude et domaine	Objectifs / Faiblesse	Méthode	Résultats	Conclusions
<p>Durif-Bruckert (2003)</p> <p><u>Mots-clés :</u> Image du corps, représentation, symbolisation, incorporation, troubles du comportement alimentaire, médiations sociales</p>	Etude qualitative en psychologie	<p><u>Etude 1 :</u> Etudier les systèmes de représentation du corps et du fonctionnement physiologique Etudier la perception et la représentation du corps digestif ainsi que les perceptions et attitudes vis-à-vis des aliments</p> <p><u>Faiblesse : Critères diagnostiques non spécifiés.</u></p>	<p><u>Comparaison de 2 groupes :</u> 1. Population urbaine la plus diversifiée possible. 2. Jeunes femmes anorexiques (16-27 ans) en milieu psychiatrique.</p> <p><u>Méthode :</u> Observation participante, groupes de paroles sur la nutrition, entretiens semi-directifs.</p>	<p>Importantes altérations de l'activité de représentation du corps digestif chez personnes souffrant d'AM. Processus d'incorporation et d'introjection irréprésentables ou partiellement endommagés et image fonctionnelle du corps perturbée. Aliment comme « chose » qui s'oppose à l'idéal d'« être sans corps » et à l'objectif d'éthérisation de l'existence. Symptômes présentés par le groupe souffrant d'AM : méconnaissance de soi, dégoût de son corps, vacuité des représentations.</p>	Défaut d'investissement du corps chez personnes souffrant d'AM. Pertinence thérapeutique d'un travail de réinvestissement. Attention au risque de l'intrusion, susceptible d'ébranler les modalités de défenses établie (dont la dissociation).
<p>Espirito-Santo et al. (2013)</p> <p><u>Mots-clés :</u> Anorexia nervosa, bulimia, psychoform dissociation, somatoform dissociation</p>	Etude comparative corrélationnelle en sciences sociales et comportementales (quantitative)	<p>1. Explorer la sévérité de la dissociation psychoforme et somatoforme dans les TCA. 2. Explorer les différences entre TCA et les autres troubles psychiatriques (P) et entre l'anorexie mentale (AM) et la boulimie (B).</p> <p><u>Faiblesse : Selon les auteurs, la taille de l'échantillon.</u></p>	<p><u>Comparaison de 2 groupes :</u> 29 femmes dont 16 AM (7 restrictive, 3 b&p, 6 mixte) et 13 B selon critères diagnostiques du DSM-IV 35 femmes souffrant de troubles psy. (9 PTSD, 4 trouble panique, 4 dépression majeure, 8 TOC, 10 phobie sociale), mêmes caractéristiques socio-démo.</p> <p><u>Instruments :</u> 1. Dissociative Experiences Scale (DES) = questionnaire auto-administré de 28 items 2. Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) = questionnaire auto-administré de 20 items</p>	<p>1. Comparaison TCA vs P : <u>Résultats DES :</u> TCA : $M \pm SD = 28.10 \pm 19.76$ P : $M \pm SD = 19.27 \pm 12.84$ Score significativement plus élevé chez TAC ($p < 0.05$) <u>Résultats SDQ-20 :</u> TCA : $M \pm SD = 38.41 \pm 13.19$ P : $M \pm SD = 31.69 \pm 9.98$ Score significativement plus élevé chez TCA ($p < 0.05$)</p> <p>2. Comparaison AM vs P : <u>Résultats DES :</u> AM : $M \pm SD = 25.65 \pm 18.80$ Pas de différence significative ($p = 0.231$) <u>Résultats SDQ-20 :</u> AM : $M \pm SD = 8.98 \pm 2.25$ Pas de différence significative ($p = 0.184$) En excluant les patientes souffrant de PTSD, les patientes souffrant d'AM présentent un score DES significativement plus élevé ($p < 0.05$) que les autres patientes psychiatriques. Pas de différences significatives entre patientes AM et patientes PTSD.</p>	<p>La sévérité de la dissociation chez les personnes souffrant de TCA (AM et B) est mesurée au même niveau que celle chez les patients souffrant de PTSD. Nécessité d'inclure le traitement de la dissociation chez les personnes souffrant de TCA. <u>Hypothèse :</u> Mécanisme commun chez TCA et PTSD qui serait le traumatisme ?</p>

Article et mots-clés	Type d'étude et domaine	Objectifs / Faiblesse	Méthode	Résultats	Conclusions
Garfinkel et al. (1978) <u>Mots-clés :</u> Adult, anorexia nervosa, body image, energy intake, humans, ma, satiation, satiety response, taste	Etude comparative corrélationnelle en psychiatrie (quantitative)	1. Evaluer la perception de la taille du corps 2. Tester l'expérience de satiété au sucrose chez patientes souffrant d'AM vs groupe de contrôle 3. Déterminer les facteurs influençant les différents modes de perception <i>Faiblesse : Pas de différenciation des types d'anorexie (restrictive, binge & purge)</i>	<u>Comparaison de 2 groupes :</u> 26 jeunes femmes atteintes d'AM et traitées à l'hôpital (critères diagnostiques de Feighner et al.) 16 jeunes femmes à +/-10% du poids moyen pour l'âge et la taille (groupe de contrôle), sans atcd de TCA ou psychiatriques 1. Visual self-perception by distorting photograph technique 2. Satiety-aversion to sucrose test (les sujets dits « normaux » présentent une sensation de satiété ou une aversion au goût du sucrose 20% après une précharge de glucose = repas de 400kcal)	<u>Patientes souffrant d'AM :</u> 1. Diffèrent du groupe de contrôle par : => Une surestimation de la taille du corps ($p = 0.06$) impliquant une distorsion de l'image du corps chez les patientes souffrant d'AM. => Une absence d'aversion au sucrose ($p < 0.001$). Cette absence d'aversion au sucrose pourrait refléter un défaut dans le processus de régulation du mécanisme de la satiété chez les patientes souffrant d'AM. 2. Sont comme le groupe de contrôle : => Voir son image dans un miroir ou ingérer des repas semblant être « hauts » ou « bas » en calories ne change pas la perception de la taille du corps.	Les données suggèrent qu'une surestimation de la taille du corps est étroitement liée à l'impossibilité de développer une aversion au goût du sucrose chez les patientes souffrant d'AM.

Article et mots-clés	Type d'étude et domaine	Objectifs / Faiblesse	Méthode	Résultats	Conclusions
<p>Hansen et al. (2009)</p> <p><u>Mots-clés :</u> Mindfulness, acceptance, self-esteem, quality of life, psychopathological symptoms, Family Connections</p>	<p>Etude comparative corrélationnelle en psychologie</p>	<p>Traduire les instruments MAAS et KIMS en Suédois. Vérifier leur fiabilité et leur validité auprès de plusieurs échantillons.</p> <p><u>Faiblesse :</u> Nombre limité de mesures utilisées pour la validation. L'échantillon des employés d'université diffèrent significativement du reste de la population par leur nombre moyen d'années d'études => nécessité d'un échantillon plus représentatif.</p>	<p><u>Etude 1 (échelle MAAS) :</u> Groupe 1 (contrôle) = 204 employés de l'université, réponse par email Groupe 2 = 49 recrues militaires Groupe 3 = 202 adolescents de 5 écoles suédoises (1 sous-échantillon de 80 étudiants remplissant MAAS, RSES (mesure d'estime de soi) et EAT (test sur attitudes alimentaires)) <u>Etude 2 (KIMS) :</u> Groupe 1 (contrôle) = 123 employés de l'université, réponse par email Groupe 2 = 51 participants à un programme éducationnel pour proches de personnes souffrant de troubles de la personnalité borderline <u>Instruments :</u> 1. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) = mesure unidimensionnelle composée de 15 items. Score de 15 à 90, scores élevés correspondant à un niveau de mindfulness élevé 2. Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) = mesure multidimensionnelle (4 facettes de la pleine conscience = capacités à d'observer, de décrire, d'agir avec conscience et d'accepter sans jugement), 39 items 3. Eating Attitude Test = questionnaire auto-administré de 40 items mesurant caractéristiques de l'AM</p>	<p><u>Etude 1 (MAAS) :</u> Pas de différence significative entre les 3 groupes pour la mesure MAAS, ni en fonction de l'âge ou du genre. Mindfulness mesurée par MAAS associée de façon significative à un niveau plus élevé d'estime de soi et de santé auto-évaluée, à un niveau plus bas d'anxiété, de burn-out et d'auto-mutilation. Pas de corrélation significative avec les attitudes alimentaires mesurées par EAT pour le groupe adolescent <u>Etude 2 (KIMS) :</u> Groupe des proches participant aux programmes présente des scores significativement inférieurs par rapport au groupe contrôle concernant les items « agir avec conscience » ($p < 0.01$) et « accepter sans jugement » ($p < 0.001$) Ces mêmes items sont corrélés positivement avec la qualité de vie. Après le programme, augmentation significative de l'item « accepter sans jugement » ($p < 0.05$)</p>	<p>Fiabilité et validité des versions suédoises des échelles MAAS et KIMS. Recherches complémentaires à effectuer avec l'échelle FFMQ (Five Facets Mindfulness Questionnaire) qui comprend une sous-échelle supplémentaire (absence de réactivité). Développement d'autres méthodes de mesure de mindfulness ne s'appuyant pas sur la capacité des personnes à évaluer leur fonctionnement (défaut des échelles MAAS, KIMS et FFMQ) => tests comportementaux d'auto-observation ?</p>

Article et mots-clés	Type d'étude et domaine	Objectifs / Faiblesse	Méthode	Résultats	Conclusions
Kolnes (2012) <u>Mots-clés :</u> Anorexia nervosa, Norwegian psychomotor physiotherapy, body awareness, therapies, body contact, bodily stability, embodiment	Etude qualitative en physiothérapie psychomotrice	1. Décrire les symptômes et l'expérience corporels des patients souffrant d'AM et discuter leurs impacts physiques et émotionnels 2. Présenter des approches de physiothérapie permettant d'améliorer la conscience du corps chez les patients souffrant d'AM <u>Faiblesse : Démarche méthodologique peu détaillée.</u>	Observation clinique Témoignages de patients Théorie et méthodologie développées par la Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP)	<u>Les patients souffrant d'AM tendent à présenter :</u> 1. Une perturbation de la conscience du corps 2. Un profil respiratoire restreint 3. Des tensions musculaires significatives 4. Un manque de stabilité posturale 5. Une activité physique compulsive <u>Intérêt des approches visant à développer la conscience du corps (NPMP, body awareness therapies, travail sur la stabilité) :</u> 1. Développement de nouveaux moyens de sentir et interpréter les signaux du corps 2. Améliorer la conscience émotionnelle 3. Vivre l'expérience de son corps « propre »	Nécessité de porter + d'attention au corps dans la problématique de l'AM. Bénéfices des thérapies visant à améliorer la conscience du corps dans l'AM : 1. Stabilisation du corps et de l'esprit 2. Approche complémentaire pour le ttt 3. Préparation pour programmes d'activité physique
Matsumoto et al. (2006) <u>Mots-clés :</u> Anorexia nervosa, behavioral therapy, interoceptive awareness, regional cerebral blood flow, single photon emission computed tomography (SPECT)	Etude corrélative en neuropsychiatrie	Détecter les régions du cerveau pertinentes au processus de rétablissement dans l'anorexie mentale <u>Faiblesses : Manque de clarté de la définition de rétablissement dans le contexte de l'AM ; absence de groupe de contrôle ; petite taille de l'échantillon ; groupes AM restrictive et AM binge & purge pas étudiés séparément.</u>	<u>Groupe étudié :</u> 8 femmes souffrant d'anorexie mentale hospitalisée dans un hôpital à Kyoto (3 restrictive, 5 binge & purge ; critères diagnostiques DSM-IV) <u>Instruments :</u> SPECT (single photon emission computed tomography) et 4 évaluations psychologiques : Eating Disorder Inventory (EDI), Eating Attitude Test (EAT), Self-Rating Depression Scale (SDS), State-Trait Anxiety Inventory (STAI).	<u>Après le traitement :</u> Amélioration significative ($p = 0.042$) du score de la sous-échelle "conscience intéroceptive" (CI) de l'échelle EDI, mais pas des scores de l'échelle EDI totale ou des autres sous-échelles. CI (avant traitement) = 8 ± 6.375 CI (après traitement) = 1 ± 2.5 Augmentation significative ($p < 0.002$) du débit sanguin régional cérébral dans 4 zones du cerveau après traitement : 1. « precuneus, posterior cingulate cortex » (PCC) 2. « right dorsolateral prefrontal cortex » (DLPFC) 3. « anterior cingulate cortex » (ACC) 4. « medial prefrontal cortex » (MPFC)	4 zones du cerveau présentent des changements de débit sanguin cérébral régional après le traitement et sont donc reliés au processus de rétablissement de l'AM, reflétant possiblement l'amélioration par la thérapie de la conscience intéroceptive.

Article et mots-clés	Type d'étude et domaine	Objectifs / Faiblesse	Méthode	Résultats	Conclusions
Pollatos et al. (2008) <u>Mots-clés :</u> Anorexia nervosa, heartbeat perception, interoceptive awareness	Etude comparative corrélationnelle en psychologie et neurologie (quantitative)	Déterminer si la sensibilité intéroceptive est diminuée chez les personnes souffrant d'anorexie mentale <i>Faiblesse : Résultats de HPT influencés par les croyances et les attentes des personnes concernant leur rythme cardiaque ainsi que par des facteurs tels que l'attention et la motivation.</i>	Comparaison de 2 groupes : 28 femmes souffrant d'AM (23 restrictive, 5 binge & purge ; critères diagnostiques DSM-IV) 28 femmes témoins en bonne santé, du même âge et du même niveau d'éducation (C). 1 : Heartbeat perception task (HPT) : les participantes comptent leurs battements cardiaques. 2 : Eating Disorder Inventory (EDI) questionnaire comprenant l'échelle de conscience intéroceptive.	1 : Heartbeat perception task : Score groupe de contrôle = 0.77 (SD = 0.14) Score groupe AM = 0.68 (SD = 0.18) => Différence statistiquement significative ($p < 0.05$) => Altération de la sensibilité intéroceptive mesurée par la perception des battements cardiaques chez les personnes souffrant d'anorexie mentale 2 : EDI - Interoceptive awareness : Score groupe de contrôle = 1.61 (SD = 2.83) Score groupe AM = 8.89 (SD = 6.36) => Différence statistiquement significative ($p < 0.001$) => Altération de la sensibilité intéroceptive mesurée par le questionnaire EDI chez les personnes souffrant d'anorexie mentale	Déficit de la sensibilité intéroceptive chez les personnes souffrant d'anorexie mentale. Outre la difficulté à discriminer les sensations viscérales (faim, satiété), les personnes souffrant d'anorexie mentale présenteraient une altération globale des capacités à percevoir de façon précise l'ensemble des signaux corporels.
Price & Thompson (2007) <u>Mots-clés :</u> Adult, body composition, body image, consciousness, dissociative disorders, female, humans, male, mind-body relations, psychometrics, quality of life	Etude comparative corrélationnelle en soins infirmiers (quantitative)	Tester les propriétés psychométriques préliminaires de l'échelle de connexion au corps (SBC) et évaluer la validité discriminante p.r. aux traumatismes. <i>Faiblesse : Echantillon trop homogène => nécessité d'évaluer l'échelle sur un groupe plus hétérogène ainsi que sur une population prise en soin en thérapie « corps-esprit ».</i>	Test de la validité et fiabilité : 291 étudiants de 1er cycle (162 femmes, 119 hommes, 10 non identifiés) <u>Instruments :</u> Echelle SBC composée de 20 items Question concernant l'exposition à un traumatisme (violence physique, abus sexuels, être témoin d'un accident grave, d'une catastrophe naturelle ou de violences).	Les résultats montrent que l'échelle est de construction valide et que les sous-échelles ne sont pas corrélées (reflet de dimensions indépendantes). <u>Score de conscience du corps :</u> Ne diffèrent pas de façon significative entre les personnes ayant subi un traumatisme et les autres. <u>Scores de dissociation corporelle :</u> Diffèrent significativement chez les personnes ayant subi un traumatisme physique ($p < 0.01$) comparé à ceux n'ayant pas d'histoire de traumatisme physique.	Les résultats obtenus indiquent que l'échelle SBC semble valide et fiable. L'échelle semble valide pour l'utilisation chez les populations ayant subi des traumatismes (discrimination par la sous-échelle de dissociation corporelle).

Article et mots-clés	Type d'étude et domaine	Objectifs / Faiblesse	Méthode	Résultats	Conclusions
<p>Schumaker et al. (1994)</p> <p><u>Mots-clés :</u> Anorexia nervosa, bulimia, dissociative disorders.</p>	<p>Etude comparative corrélationnelle en sciences sociales et comportementales (qualitatives)</p>	<p>Evaluation du degré de dissociation chez les patientes souffrant d'anorexie mentale (AM) et de boulimie (B)</p> <p><i>Faiblesse : Echantillon choisi présentant plus de 50% de patientes souffrant d'anorexie mentale de façon chronique en comparaison avec d'autres études (phénomène de dissociation surévalué ?)</i></p>	<p><u>Comparaison de 2 groupes :</u> 26 patientes souffrant d'AM 18 patientes souffrant de B (critères diagnostiques DSM-III-R) Les patientes ont été sélectionnées dans une unité hospitalière du New South Wales en Australie. Groupe contrôle = 22 jeunes femmes en bonne santé, mêmes caractéristiques socio-démographiques. <u>Instrument :</u> Riley Questionnaire of Experiences of Dissociation comprenant 26 items (score de 0 à 26, scores les plus hauts associés à des niveaux plus élevés de dissociations).</p>	<p><u>Résultats au questionnaire Riley :</u> Groupe AM : 15.1 ± 5.2 Groupe B : 14.4 ± 4.7 Groupe AM+B : 14.8 ± 5.2 Groupe contrôle : 10.5 ± 3.8 Les personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie confondues) présentent des scores de dissociation significativement plus élevés que le groupe de contrôle (p < 0.01). Le groupe souffrant d'anorexie mentale et le groupe souffrant de boulimie considérés séparément présentent des scores significativement plus élevés que le groupe de contrôle (p < 0.01 pour les deux). Pas de différence significative entre le groupe souffrant d'anorexie mentale et celui souffrant de boulimie (p < 0.05).</p>	<p>Scores de dissociation significativement plus élevés chez TCA et chez groupes AM et B considérés séparément que dans le groupe de contrôle => les mécanismes de dissociation semblent jouer un rôle central dans l'établissement et le maintien des symptômes boulimiques et anorectiques. Pas de différence significative entre sujets souffrant d'AM et de B.</p>

Article et mots-clés	Type d'étude et domaine	Objectifs / Faiblesse	Méthode	Résultats	Conclusions
Skarderud (2007) <u>Mots-clés :</u> anorexia nervosa, embodiment, mentalisation, metaphor, psychoanalysis	Etude qualitative	1. Développer une meilleure compréhension de la psychopathologie spécifique de l'anorexie mentale. 2. Contribuer à un langage plus précis quant au rôle symbolique du corps dans l'anorexie mentale. <i>Faiblesse : Rôle dual de thérapeute et de chercheur ; taille limitée de l'échantillon ;</i>	10 patientes de 16 à 35 ans souffrant d'AM sélectionnées dans la consultation psychothérapeutique privée de l'auteur (7 restrictive, 3 <i>binge & purge</i> ; critères diagnostiques DSM-IV) <u>Modalités :</u> 1. Entretiens semi-dirigés lors desquelles les patientes décrivent comment elles conçoivent la relation entre le corps et l'esprit dans leur propre vie. 2. Retranscription par l'auteur de session de psychothérapie avec ces mêmes patientes Récolte des données sur une période de 2 ans. Analyse qualitative des textes.	<u>Métaphores spécifiques (référant spécifiquement à un domaine de l'expérience physique) :</u> <i>Vide/plénitude</i> : Connexions métaphoriques entre manger comme le fait de se remplir et l'émotion d'être submergé <i>Pureté</i> : Connotations ascétiques et spirituelles ; lien métaphorique avec la simplicité <i>Spatialité</i> : Lien métaphorique entre les sensations concrètes de remplir l'espace par soi-même et le sentiment d'être autorisé à « prendre de l'espace » émotionnellement et dans les relations. <i>Lourdeur/légèreté</i> : Lien entre expérience physique de la lourdeur et le sentiment négatif de porter un fardeau <i>Solidité</i> : Contact physique avec la solidité du corps en lien avec un sentiment de certitude. <i>Enlèvement</i> : Réduction du poids comme le fait d'enlever qqch chose de négatif (pensées, émotions). <u>Métaphores composées (globales, impliquant plusieurs fonctions du corps) :</u> <i>Contrôle</i> : Contrôle de l'appétit comme un outil pour un sens plus grand de contrôle. <i>Vulnérabilité/protection</i> : AM comme une réaction à un sentiment de vulnérabilité et d'être non-protégé. <i>Estime de soi</i> : Nourriture comme récompense (il faut travailler pour la mériter).	Les résultats suggèrent une capacité symbolique réduite et une perturbation de la fonction réflexive chez les patientes. Le problème n'est pas la pensée métaphorique mais le fait d'être possédé par ces interactions entre corps et esprit.

Article et mots-clés	Type d'étude et domaine	Objectifs / Faiblesse	Méthode	Résultats	Conclusions
Thörnborg et al. (2010) <u>Mots-clés :</u> Basic body awareness therapy, body awareness scale, body image, self-esteem	Etude comparative corrélationnelle en psychiatrie	Etudier la concordance entre les observations des physiothérapeutes et ce que rapportent les patients souffrant de TCA concernant la conscience du corps	<u>Comparaison de 2 groupes :</u> Groupe (TG) composé de 87 patients suivis en ambulatoire et répartis en 26 AM, 20 B, 41 EDNOS (critères diagnostiques DSM-IV) Groupe de comparaison composé de sujets participants à une étude sur le syndrome du côlon irritable <u>Instruments :</u> Body Awareness Scale –Health (BAS-H) basée sur des observations extérieures faites par des physiothérapeutes Interview Scale Body Ego (ISBE), rapport auto-administré Pour les deux instruments, des valeurs plus élevées sont associées à des symptômes plus importants.	Corrélations significatives entre BAS-H et ISBE pour les groupes AM, EDNOS et TG ($p < 0.01$). Cependant les observations des physiothérapeutes n'étaient pas toujours en ligne avec l'expérience vécue par les patients. Scores significativement plus élevés de BAS-H (2.1 vs 1.5) et de ISBE (2.6 vs 1.6) pour TG que pour le groupe de contrôle. <u>Scores BAS-H pour la respiration (médiane \pm IQR) :</u> Groupe TCA : 3.5 ± 2 Groupe comparaison : 2.0 ± 2 <u>Scores BAS-H pour la respiration :</u> Groupe TCA : 4.0 ± 2 Groupe comparaison : 0.0 ± 2	Patients présentant TCA caractérisés par une retenue au niveau respiratoire, des restrictions des mouvements du corps et des émotions. Patients partiellement conscients de ces restrictions. A schéma de respiration retenu influence plusieurs aspects de la qualité de vie (santé mentale réduite et image de soi négative)
Vancampfort et al. (2014) <u>Mots-clés :</u> Anorexia nervosa, bulimia nervosa, exercise, physical activity, physical therapy	Revue systématique de la littérature en psychiatrie	Revue d'essais comparatifs randomisés examinant l'efficacité des thérapies corporelles vs. une prise en soin habituelle. Effets sur la pathologie et sur les paramètres physiologiques chez des patients souffrant d'anorexie mentale (AM) et de boulimie (B).	Revue de littérature sur EMBASE, PsycINFO, PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Physiotherapy, Evidence Database et The Cochrane Library. Sélection d'essais comparatifs randomisés remplissant des critères de qualité minimum uniquement.	8 recherches retenues (total de 213 patients ; 108 B, 90 AM, 15 non définis) <u>Résultats principaux :</u> 1. L'entraînement aérobie et en résistance permet d'augmenter considérablement la force musculaire, l'IMC et le pourcentage de graisse corporelle chez les patientes souffrant d'AM. 2. L'exercice aérobie, le yoga, les massages et les thérapies favorisant la conscience de son corps diminuent significativement la pathologie et les symptômes dépressifs chez les patientes souffrant d'AM et chez celles souffrant de B. 3. Aucun effet indésirable n'a été signalé.	La rareté et l'hétérogénéité des études limite les conclusions générales et souligne la nécessité de poursuivre les recherches.

Article et mots-clés	Type d'étude et domaine	Objectifs / Faiblesse	Méthode	Résultats	Conclusions
<p>Vanderlinden et al. (2007)</p> <p><u>Mots-clés :</u> Eating disorders, recovery, evaluation, therapeutic ingredients</p>	<p>Etude comparative corrélationnelle en psychiatrie</p>	<p>Etudier la perception des patients concernant les éléments indispensables à prendre en compte dans leur processus de rétablissement.</p> <p>Comparer leurs visions avec celles des thérapeutes.</p> <p><i>Faiblesses : Age élevé des patients (longue durée de maladie et de ttt), patients souffrant d'AM b&p sous-représentés, patients pas complètement « rétablis », rating plutôt que ranking, sur-représentation d'outils de type cognitif et comportemental.</i></p>	<p><u>Comparaison de 2 groupes:</u> Groupe de 132 patients souffrant de TCA en phase finale de ttt (35 AM restrictive, 21 <i>binge & purge</i>, 65 B, 11 BED ; critères diagnostiques DSM-IV) Groupe de 49 experts recrutés dans une conférence sur les TCA (psychologues, psychiatres, infirmiers, ...)</p> <p><u>Instrument :</u> Questionnaire EBE (evaluation list for the treatment of ED) composé de 20 items référant aux principaux outils thérapeutiques offerts aux patients et évalués entre 1 et 10 selon leur importance. 1 item = améliorer mon expérience corporelle</p>	<p><u>Vision des patients :</u> Tous les 20 ingrédients sont considérés importants. Pas de différences entre intra-hospitalier et ambulatoire. Sont notés en plus importants : 1. Améliorer l'estime de soi (8.7 ± 1.9), 2. <i>Améliorer mon expérience corporelle</i> (8.2 ± 2.1), 3. Apprendre à résoudre et faire face à mes problèmes (8.2 ± 2.2), 4. Améliorer la motivation à changer (8.1 ± 2.4) <u>Pour AM restrictive :</u> 1. Améliorer l'estime de soi (8.8 ± 2.1), 2. <i>Améliorer mon expérience corporelle</i> (8.5 ± 1.8), 3. Support du thérapeute (8.4 ± 1.8) Scores significativement plus élevés que les autres pathologies pour gagner en autonomie et être moins isolé socialement ($p < 0.05$) <u>Pour AM b&p :</u> 1. Améliorer l'estime de soi (8.1 ± 2.2), 2. <i>Améliorer mon expérience corporelle</i> (7.9 ± 2.9), 3. Meilleure connaissance de l'origine du TCA (7.9 ± 2.8) <u>Comparaison avec résultats des thérapeutes :</u> Pas de différences significatives. Sont notés en plus importants : 1. Améliorer l'estime de soi (8.5 ± 1.7), 2. Améliorer la motivation à changer (8.4 ± 1.4), 3. <i>Améliorer l'expérience corporelle</i> (8.4 ± 1.7)</p>	<p>Patients et thérapeutes partagent + ou - la même vision des éléments basiques et effectifs dans les traitements. Mêmes ingrédients thérapeutiques identifiés par les 4 groupes diagnostics (mécanismes psychopathologiques communs répondant à de mêmes stratégies thérapeutiques ?). Selon les patients, les éléments centraux d'un traitement sont 1. Améliorer l'estime de soi, 2. Améliorer l'expérience corporelle, 3. Apprendre des stratégies de résolution de problèmes.</p>

Article et mots-clés	Type d'étude et domaine	Objectifs / Faiblesse	Méthode	Résultats	Conclusions
<p>Waller et al. (2003)</p> <p><u>Mots-clés :</u> Eating disorder, dissociation, bulimic behaviours, somatoform</p>	Etude comparative corrélationnelle en psychiatrie	<p>Evaluation du degré de dissociation somatoforme chez les personnes souffrant de TCA et de comportements alimentaires pathologiques.</p> <p><i>Faiblesse : Manque de données concernant les comorbidités psychiatriques. Comportements boulimiques évalués à l'interview => devraient être évalués au moment du remplissage des questionnaires.</i></p>	<p><u>Comparaison de 2 groupes :</u> 131 patientes (21 AM restrictive, 40 AM <i>binge & purge</i>, 70 B ; critères diagnostiques DSM-IV) 75 femmes témoins ne présentant pas de TCA selon critères du DSM-IV, ni de tendance à comportements boulimiques (Bulimic Inventory Test BITE < 15 – limite suggérée de 25)</p> <p><u>Instruments :</u> DES-II révisé pour la mesure de la dissociation cognitive SDQ-20 pour la mesure de la dissociation somatoforme BITE pour la mesure des conduites boulimiques (boulimie ; vomissements ; exercice excessif ; abus de laxatifs, de diurétiques et de pilules pour maigrir)</p>	<p><u>Dissociation cognitive mesurée par DES-II :</u> Groupe AM restrictive = 16.9 (SD = 15.1) Groupe AM b&p = 26.7 (SD = 19.8) Groupe B = 20.3 (SD = 16.2) Groupe Contrôle = 13.4 (SD = 9.50)</p> <p><u>Dissociation somatoforme mesurée par SDQ-20 :</u> Groupe AM restrictive = 1.35 (SD = 0.38) Groupe AM b&p = 1.91 (SD = 0.74) Groupe B = 1.63 (SD = 0.58) Groupe Contrôle = 1.31 (SD = 0.35)</p> <p><u>Conduites boulimiques mesurées par BITE :</u> Groupe AM restrictive = 17.7 (SD = 10.2) Groupe AM b&p = 30.3 (SD = 10.6) Groupe B = 36.7 (SD = 7.77) Groupe Contrôle = 8.87 (SD = 8.00)</p> <p><u>Dissociation somatoforme :</u> Niveaux significativement plus élevé des 2 formes de dissociation chez les femmes présentant un diagnostic à composante boulimique (B et AM <i>binge & purge</i>) par rapport au groupe contrôle et au groupe AM restrictive (Tukey tests, $p < 0.05$). La dissociation somatoforme est significativement plus élevée en cas d'abus de laxatifs ($p < 0.04$), de diurétiques ($p < 0.04$) et de pilules pour maigrir ($p < 0.01$). L'exercice excessif est associé à un niveau plus élevé de dissociation psychologique ($p < 0.02$) et somatoforme ($p < 0.001$).</p>	<p>La dissociation somatoforme semble être la meilleure caractéristique distinctive des comportements de purge dans les TCA. La diminution de l'activité autonome, la dissociation et les comportements de purge pourraient former un ensemble de mécanismes de défense physiologiques, cognitifs et comportementaux contre la surexcitation émotionnelle. Nécessité de prendre en soins la dissociation somatoforme ainsi que (ou à la place de) la dissociation psychologique dans les TCA, en particulier lorsque le trouble implique des comportements compensatoires (ex. abus de laxatifs).</p>

Article et mots-clés	Type d'étude et domaine	Objectifs / Faiblesse	Méthode	Résultats	Conclusions
Zucker et al. (2013) <u>Mots-clés :</u> Anorexia nervosa, eating disorders, body image disturbance, kinesthesia, vestibular	Etude comparative corrélationnelle en psychiatrie et en sciences comportementales	Etudier la relation entre la sensibilité subjective et l'évitement comportemental de l'expérience sensorielle avec les perturbations de l'image du corps et le tempérament. <i>Faiblesse: Petite taille des échantillons. Questionnaires auto-administrés plutôt que tests de laboratoires pour décrire l'expérience sensorielle</i>	<u>Comparaison de 3 groupes :</u> 1. 20 femmes adultes souffrant d'AM (critères diagnostiques DSM-IV sauf aménorrhée), sans troubles psychotiques ni troubles addictifs 2. 15 femmes avec des atcd d'AM mais un poids restauré 3. 24 sujets sains, sans atcd de TCA (contrôle) <u>Instruments :</u> Sensory Profile, Adolescent and Adult Report Version (SP) pour mesurer l'expérience subjective des sensations Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) Eating Disorder Examination (EDE) Brief Symptom Inventory (BSI) Body Shape Questionnaire (BSQ) Temperament and Character Inventory (TCI)	<u>Scores de Sensory Profile :</u> 1. Sensibilité aux sensations Groupe AM : 44.1 (SD = 7.7) Groupe AM-PR : 43.7 (SD = 8.0) Groupe Contrôle : 34.3 (SD = 8.8) 2. Evitement de l'expérience sensorielle : Groupe AM : 44.5 (SD = 8.4) Groupe AM-PR : 43.3 (SD = 7.1) Groupe Contrôle : 35.9 (SD = 7.5) Niveaux de sensibilité aux sensations et d'évitement de l'expérience sensorielle significativement supérieurs chez les 2 groupes cliniques par rapport au groupe de contrôle ($p < 0.008$). Sensibilité sensorielle associée positivement à une perturbation de l'image du corps ($p < 0.0001$). Sensibilité sensorielle associée négativement avec les BMI les plus bas ($p < 0.001$). Sensibilité aux sensations significativement associée avec la tendance à éviter le danger ($p < 0.001$).	Femmes souffrant d'AM, actuellement ou par le passé, présentant une sensibilité aux sensations (goût, toucher, vue) et une tendance à éviter les expériences sensorielles plus élevées. Inclure des expositions graduelles à des expériences sensorielles dans le ttt des perturbations de l'image du corps. Contradiction avec résultats suggérant une conscience intéroceptive diminuée ? (cf. travaux de Bruch)

8.4. Critères CIM-10 de l'anorexie mentale F50.0

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A.	Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17,5). Chez les patients prépubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.
B.	La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : vomissements provoqués, utilisation de laxatifs, pratique excessive d'exercices physiques, utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.
C.	Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.
D.	Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.
E.	Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement
Diagnostic différentiel : Le trouble peut s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de traits de personnalité faisant évoquer un trouble de la personnalité ; dans ce cas, il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. On doit exclure toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier une maladie chronique invalidante, une tumeur cérébrale et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption.	

8.5. Critères DSM-V de l'anorexie mentale

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A.	Restriction of energy intake relative to requirements leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health. Significantly low weight is defined as a weight that is less than minimally normal, or, for children and adolescents, less than that minimally expected.
B.	Intense fear of gaining weight or becoming fat or persistent behavior that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight.
C.	Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight.
Restricting type : During the last three months, the person has not engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas).	
Binge-Eating / Purging type) : During the last three months, the person has engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas).	

8.6. Critères DSM-V du syndrome de dépersonnalisation / déréalisation

Le diagnostic repose sur la présence les critères suivants :

A.	The presence of persistent or recurrent experiences of depersonalisation, derealisation or both. 1. Depersonalisation: Experiences of unreality, detachment, or being an outside observer with respect to one's thoughts, feelings, sensations, body, or actions (eg, perceptual alterations, distorted sense of time, unreal or absent self, emotional and/or physical numbing.) 2. Derealisation: Experiences of unreality or detachment with respect to surroundings (eg, individuals or objects are experienced as unreal, dreamlike, foggy, lifeless, or visually distorted.)
B.	During the depersonalisation or derealisation experiences, reality testing remains intact.
C.	The disturbance is not attributable to the physiological effects of a substance (eg, a drug of abuse, medication) or other medical condition (eg, seizures).
D.	The disturbance is not better explained by another mental disorder.